ББК 88.4

Л 19

УДК 614.253.8(075.8)

ЛАКОСИНА Н. Д., |УШАКОВ Г. К.| Медшшнская психология.— 2-е изд., перераб. и доп.— М.: Медицина, 1984, 272 е., ил.

Второе издание учебного пособия (первое вышло в 1976 г.) освещает общую и частную медицинскую психологию. Показаны основные критерии нормальной, временно измененной и болезненной психики, особенности психологии врача и взаимоотношения врача и больного. Рассмотрены основные положения учения о психосоматических и соматопсихических взаимовлияниях, вопросы медицинской деонтологии. разделе частной медицинской психологии рассматриваются вопросы врачебной этики. Особое внимание уделено так называемым психосоматическим болезням. Освещена психология лиц с врожденными и приобретенными дефектами лица и органов чувств.

Рисунков 2. Схем 4.

Учебное пособие написано в соответствии с программой, утвержденной Министерством здравоохранения СССР, и предназначено для студентов медицинских институтов.

Рецензент: проф. Б. А. ЛЕБЕДЕВ, зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии I Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова.

Надежда Дмитриевна Лакосина

|Геннадий Константинович Ушаков|

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Зав. редакцией *С. Д. Крылов*

Редактор *М- В. Потехина.* Редактор издательства И. *Н. Кононова*

Художественный редактор М. *П. Кузнецова.* Оформление художника Ф. *К. Мороз*

Технический редактор *С. П. Танцева.* Корректор И. *С. Парфенова*

ИБ № 3553

Сдано в набор 24.05.83. Подписано к печати 13.10.83. Т-08662. Формат бумаги 84 х Ю8'/з2. Бумага тип. № 2. Гарнитура «Тайме». Печать высокая. Усл. печ. л. 14,28. Усл. кр.-отт. 14,28.Уч.-иэд. л. 17,40. Тираж 130 000 экз. Заказ № 1724. Цена 90 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Москва, Петроверигский пер., 6/8

Ордена Октябрьской Революции и ордена Трудового Красного Знамени Первая Образцовая типография имени А. А. Жданова Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. Москва, М-54, Ватовая, 28,

4101000000 — 124
Л———————————28 — 84
039(01)—84

ПРЕДИСЛОВИЕ

Опыт преподавания медицинской психологии студентам II курса дает основание придавать большее значение основам общей психологии, которая не входит в учебный план подготовки врача в медицинских вузах. Без знания этих основ невозможно обучить будущего врача пониманию психологии больного человека на разных этапах лечебно-профилактического процесса.

Роль психики больного в успешном проведении лечебно-диагностических и лечебно-восстановительных мероприятий огромна. Задача преподавания медицинской психологии заключается в том, чтобы научить будущего врача использовать психологические особенности больного с целью успешного восстановления здоровья и охраны его.

При подготовке врача всегда обращалось внимание на воспитание моральных, этических и человеческих качеств у избравших эту профессию. Особое внимание уделяется принципам деонтологии, взаимоотношениям врача с больным, его родственниками на разных этапах лечения (при раннем выявлении и установлении диагноза, при госпитализации, обследовании, хирургических манипуляциях, неблагоприятных исходах и т. д.), врачебной тайне, взаимоотношениям в коллективе.

Авторы настоящего учебного пособия встретились с большими трудностями, обусловленными тем, что общая медицинская психология в соответствии с учебным планом преподается студентам II курса, которые еще не подготовлены к изучению клинических дисциплин.

Частная медицинская психология должна преподаваться ца всех клинических кафедрах. В связи с этим в первых двух разделах учебного пособия пришлось использовать минимум клинических данных и сосредоточить внимание на них в третьем разделе.

Авторы с благодарностью приняли все замечания по 1-му изданию и внесли ряд корректив, направленных на дальнейшее совершенствование этого пособия. «Введение в медицинскую психологию» и «Общая медицинская психология» написаны профессором Г. К. Ушаковым, «Основы психопрофилактики и психотерапии» и «Частная медицинская психология» — профессором Н. Д. Лакосиной.

ВВЕДЕНИЕ В МЕДИЦИНСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ

Глава I.

СОДЕРЖАНИЕ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Психологическое состояние человека имеет решающее значение в возникновении болезни, обусловливает особенности ее течения, определяет развитие (прогноз) и успех лечебных воздействий. Влияние врача, его случайные или намеренные бодрящие или угнетающие воздействия, внушения, самовнушения больного могут коренным образом видоизменить (трансформировать) всю картину болезни и в значительной мере изменить ее течение. Поэтому истинное распознавание и правильное понимание болезни доступно только при условии знания индивидуальных особенностей больного. Следовательно, индивидуальный подход к больному обеспечивает как большую глубину и тонкость распознавания (диагностики), прогноза болезни, так и рациональный выбор наиболее эффективного лечения. Сказанное относится к любому больному независимо от его образования, пола, возраста, а также от характера заболевания.

Содержание, место среди других дисциплин и объем медицинской психологии до настоящего времени неодинаково понимаются разными специалистами. Существует несколько, иногда противоположных, взглядов на это.

Одни авторы видят главную задачу медицинской психологии в возможно более полном обучении студентов-медиков и врачей основам традиционной психологии. Нет сомнения в том, что более широкое образование по вопросам психологии лишь обогащает будущего врача. Однако для последующей его врачебной' деятельности знание психологии, изучаемой в ущерб другим собственно медицинским дисциплинам, не становится настолько необходимым, чтобы за счет дополнительного включения" ее в учебный план перегружать и без того насыщенную программу высшей медицинской школы. Медицинская психология—отрасль психологии, но прикладная отрасль к медицинской практике.

Другие исследователи, в первую очередь Э. Кречмер, автор наиболее известного в мире курса медицинской психологии", основой содержания последней считают пси-

[1] В 1975 г. вышло 14-е издание книги «Медицинская психология» Э. Кречмера.

хологический анализ природы болезней и, в частности, нервно-психических. Такое построение курса может быть оправданным для специалистов. Не касаясь ряда спорных методологических позиций Э. Кречмера, следует отметить расширение объема медицинской психологии автором за счет, например, обсуждения значения гипоноических и гипобулических механизмов при объяснении отдельных истерических и шизофренических расстройств или рассмотрения связей между отдельными явлениями психической деятельности и церебральными процессами. Изложение других вопросов, в том числе содержания инстинктов, темперамента и аффективности, темперамента и характера, мастерски выполненное Э. Кречмером, нередко производится без необходимой последовательной систематизации соответствующих категорий.

Третьи авторы в курсе медицинской психологии излагают общую психопатологию, т. е. обсуждают симптомы и синдромы психических болезней, подменяя тем самым медицинскую психологию общей психопатологией.. Предметом изучения медицинской психологии в этом случае становятся психические болезни. Именно поэтому такое понимание медицинской психологии'также не может быть принято как совершенное.

Предметом медицинской психологии, с нашей точки зрения, являются многообразные особенности психики больного и их влияние на здоровье и болезнь, а также обеспечение оптимальной системы психологических целебных влияний, в том числе всех обстоятельств, сопутствующих обслуживанию больного, которое правомерно обътединить в систему врач — пациент.

Особенностями современной медицины являются: продолжающееся дробление и дифференциация ее разделов, рост числа узких специальностей, все более широкое использование технических устройств (аппараты и приборы) в обследовании и лечении больных; растущее применение электронных приборов и вычислительных машин, привлекаемых, в частности, для распознавания болезней; использование в параклинических (лабораторных) исследованиях современных данных биологии, химии, физики, биофизики, кибернетики приводит порой к недооценке клинического мышления, к искусственному расчленению единства больного человека на частности, к утрированной технизации, чреватой дегуманизацией клинической медицины. Сами по себе процессы эти естественны и закономерны, однако они нуждаются в постоянной диалектической коррекции. Такой процесс в развитии современной науки, в том числе медицинской, поставил общую задачу: создать специальный раздел—науковедение, науку о науке, которая объединяет общие принципы организации науки,

способствующие ее интеграции и более успешному развитию. Поэтому естественно, что сложные процессы, происходящие в современной медицине, должны также найти свои объединяющие критерии. В отличие от большинства иных форм производственной деятельности медицина имеет дело с самым тонким и потенциально ранимым объектом деятельности — человеком, что тем более типично для больного человека.

У всех больных, независимо от особенностей болезни, специфические реакции психики и особенности личности обнаруживают общие тенденции.

В связи с этим самостоятельным разделом медицинских знаний, который объединяет психологические проблемы больных людей на разных этапах их жизни и болезни, становится медицинская психология. Медицинская психология, следовательно, также относится к медицинской практике (в широком ее понимании), как науковедение к науке во всем многообразии проблем последней. В связи с этим правомерно говорить, что медицинская психология является пропедевтикой ко всем клиническим дисциплинам.

Медицинская психология способствует, таким образом, не только улучшению необходимых контактов с больными, быстрейшему и наиболее полному выздоровлению, но и предупреждению болезней, охране здоровья, воспитанию гармонической личности, с которой имеют дело в первую очередь педагогические и медицинские работники.

Более широко медицинская психология изучает весь диапазон благотворных или пагубных влияний многообразно меняющейся личности человека и межличностных отношений на его здоровье и болезнь.

Основная цель преподавания медицинской психологии сводится к воспитанию у студентов гуманизма, высокой производственной медицинской культуры, этики врача и широкого психогигиенического (психопрофилактического) подхода в лечении больного человека.

, Медицинскую психологию следует делить на общую и частную.

Общая медицинская психология излагает:

— основные закономерности психологии больного человека (критерии нормальной, временно измененной и болезненной психики), психологии врача (медицинского работника), психологии повседневного общения больного и врача, психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений;

— учение о психосоматических и соматопсихических взаимовлияниях;

— учение об индивидуальности (темперамент, характер, личность), об эволюции и этапах постнатального онтогенеза ее (включая детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), об аффективно-волевых процессах;

— медицинскую деонтологию, включая вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны.

Существенными разделами медицинской психологии являются психогигиена (гигиена психической жизни, психопрофилактика — предупреждение расстройств психической деятельности) и психотерапия — раздел терапии, использующий прямые методы воздействия на психику, обеспечивающие устранение болезненных расстройств у больного.

Среди ведущих проблем психогигиены главное значение для медицинской психологии приобретают:

— психология медико-генетических советов и консультаций;

— психогигиена семьи, **и** в первую очередь той, в составе которой имеются лица с уродствами развития, рецидивирующими острыми или затяжными заболеваниями;

— психогигиена лиц в кризовые периоды их жизни, включая пубертатный и климактерический периоды;

— психогигиена брака и половой жизни;

— психогигиена обучения, воспитания и труда медицинских работников;

— психогигиена режима лечебных учреждений;

— психогигиена взаимоотношений врача и больного.

Частная медицинская психология раскрывает ведущие аспекты врачебной этики при общении с конкретным больным и при определенных формах болезней. Главное внимание при этом обращают на:

— особенности психологии больного с пограничными формами нервно-психических расстройств (наиболее чувствительных и ранимых больных), которые фактически являются объектом деятельности врача любой специальности;

— психологию больных на этапах подготовки, проведения хирургических вмешательств и в послеоперационном периоде;

— особенности психологии больных, страдающих различными заболеваниями (сердечно-сосудистыми, инфекционными, новообразованиями, гинекологическими, кожными, нервно-психическими);

— психологию больных с дефектами органов и систем (слепота, глухота, глухонемота и др.);

— медико-психологический аспект трудовой, военной и судебной экспертиз.

МЕСТО МЕДИЦИНСКОЙ психологии СРЕДИ ДРУГИХ дисциплин

Медицинская психология—это самостоятельный раздел медицинских знаний, включающий психологические проблемы, возникающие у больных людей на всех этапах формирования болезни и в разных условиях пользования медицинской помощью. Она самостоятельна лишь постольку, поскольку имеет свой предмет исследования. Вместе с тем содержание медицинской, психологии становится действенным лишь _ во взаимопроникновении со сложившимися задачами и целями практической медицины вообще и каждым конкретным разделом клинической медицины в частности. При всей важности медицинской психологии совершенно естественно, что вне общей медицинской практики она не только беспомощна, но и неприемлема. В свою очередь каждый частный раздел медицинской практики, лишенный свойственных ему медико-психологических аспектов, остается лишь разделом эмпирической медицины, медицинского практицизма, исключает целостное понимание больного, его индивидуальные проблемы, возникающие в период болезни, и нарушает единство отношений его с медицинскими работниками.

Психология больного при разных формах патологии неодинакова. Это объясняется не только разными последствиями болезней для организма, но и особенностями оценки больными их общественной (социальной) значимости. Речь при этом идет об особенностях оценки-распространенности и опасности болезни для жизни (ишемическая болезнь сердца, новообразования), этических последствиях ее (сифилис), последствиях, задевающих эстетические основы личности (обезображивающие повреждения лица), или интимном значении пораженной болезнью системы (органа)—заболевания половых органов, мочевыводящей системы и др. При всем этом имеются общие медико-психологические закономерности, типичные для любого больного. В связи с этим медицинская психология, развивая эти общие законы, постоянно связана со всеми аспектами медицинских знаний.

Наряду с этим медицинская психология никогда не утрачивает связи с общей психологией, успехи которой неизменно совершенствуют как ее методы, так и содержание. Медицинская психология изучает психологию больного, который живет в конкретных общественных условиях (семья, производство, социальное окружение и др.), что определяет ее неизменную связь с общественными науками, в частности с социологией, этикой и эстетикой.

Психология вообще и медицинская психология в ча-' стности, так же как психиатрия, были и остаются ареной

ожесточенной идеологической борьбы. Это и понятно, если помнить, что главным критерием, отличающим материалиста от идеалиста, является то, как он рассматривает материю и сознание (первична материя, а сознание вторично или наоборот). Не случайно советская психология характеризуется тем, что методологической основой ее служит диалектический материализм, она постоянно критически оценивает появление новых «философии» в зарубежной науке, охотно принимает все то прогрессивное, что глубже раскрывает природу вещей, и категорически отвергает любые наукоподобные, тем более реакционные, «новинки». Советская психология исходит, в частности, из ленинского положения о том, что «Познание может быть биологически полезным, полезным в практике человека, в сохранении "жизни, в сохранении вида лишь тогда, если оно отражает объективную истину, независящую от человека. Для материалиста «успех» человеческой практики доказывает соответствие наших представлений с объективной природой вещей, которые мы воспринимаем»

Понятен поэтому тот факт, что медицинская психология, если она рассчитывает на максимальный успех, в методологическом плане может строиться Только на принципах диалектического материализма. Это подтверждает и весь ход ее становления.

ФОРМИРОВАНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ВЗГЛЯДОВ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

История свидетельствует о том, что проблемы лечения имеют давнее происхождение.

До настоящего времени сохранилась как музейная редкость личная аптечка с набором лечебных средств, принадлежащая одной из египетских цариц, которая жила за 2000 лет до нашей эры. В папирусе Древнего Египта, датированном XVI веком до н. э., содержатся заклинания, которые могут оказать помощь при ста различных заболеваниях. По описанию Геродота, посетившего Египет в V веке до н. э., «медицина у египтян разделена на отделы; каждый врач занимается лишь определенным видом болезни, один лечит глаза, другдй—голову, третий—зубы; есть и такие, которые заняты невидимыми болезнями». К последним Геродот относил и многие болезни духа, болезни психические, которые уже в то время побуждали к поискам специальных методов подхода к больному и особых форм предупреждения болезненных изменений психики.

Ленин В. И. Поли. собр. соч., изд. 5-е, т. 18, с. 142.

Элементы медикогпсихологического, психогигиенического влияния можно видеть в особенностях подхода к больному врачей древности. Египетские врачи, внимательно обследуя больного, высоко ценили значение анамнеза, а исследованию подвергали не только «человеческое тело» (у нас — соматическое обследование), не только то, что «выходит из него — кал, мочу, мокроту, кровь» (прообраз параклинических исследований), но и особенности изменений духовной его жизни.

В арсенале лечебных средств египетской медицины наряду с химическими, физическими и биологическими использовались и психические формы влияния на больного, в частности словесное, мимическое и пантомимическое воздействия.

Одновременно с развитием медицины в Египте значительных успехов она достигла в Мессопотамии. Свод законов Гаммураби (около 2000 лет до н. э.) включал наряду со многими иными и положения о медицинской этике. Эти законы, в частности, высоко оценивали деятельность и звание врача. Врачебная этика поддерживалась не только значительными размерами вознаграждения, но и системой наказаний, которые применялись по отношению к врачам, совершившим проступки или обнаружившим свое невежество. Интересно, что уже в этот период были сформулированы законы, направленные на охрану здоровья, т. е. по сути дела законы, регламентирующие гигиенические, в том числе и психогигиенические, основы оздоровления населения.

Сирийский врач Сараджа в свое время говорил больному: «Смотри, нас трое: я, ты и болезнь. Если ты будешь на моей стороне, нам вдвоем будет легче одолеть ее».

Со времени расцвета персидской медицины Зореастра (примерно XI—XII век до н. э.) сохранилось описание идеальных качеств, к обладанию которыми должны стремиться все врачи. Некоторые из этих качеств, специально отмеченные персидской медициной, раскрывают ее эмпирические подходы к проблемам психогигиены, а следовательно, и к медицинской психологии. По указаниям персидской медицины, врач должен не только глубоко изучать медицину, много читать и заниматься, накапливать возможно больший опыт по специальности, но и вырабатывать в себе умение выслушивать больного спокойно, болезнь его распознавать тщательно и старательно, а лечить добросовестно. При встрече с больным врач обязан пользоваться мягкой речью, быть на всем протяжении встречи с ним внимательным, сердечно, дружественно настроенным и делать все это для того, чтобы умышленно не затягивать болезнь, способствовать ее быстрейшему лечению, чтобы обеспечивать выздо-

ровление больного и предупреждать рецидивы болезни. В этот период развития персидской медицины значительных успехов достигла практическая гигиена. Большое внимание уделялось чистоте жилищ, очистке питьевой воды, профилактике заразных болезней, воспитанию чистоплотности. Домашняя муха в то время описывалась как одно из самых вредных существ. В ряде законоположений того времени прямо указывалось на то, что правители Персии обязаны строить больницы, снабжать их врачами, лекарственными средствами и т. д.

Следует отметить, что медицинские школы Персии выпускали врачей трех профилей: «исцелителей святостью», «исцелителей законом» и «исцелителей ножом».

Наиболее высокой подготовкой славились первые. Их обязанностью было врачевание в широком смысле этого слова и тонкое, мудрое, разумное использование в нем высших душевных качеств врача, того, что в настоящее время мы называем психотерапией в практике врачевания. Вторые исцеляли законом, т. е. занимались устранением причин болезней. Их называли иначе — «мастерами здоровья». Третьи, как видно из наименования, занимались хирургической помощью.

Одновременно с египетской, вавилонской, персидской культурой бурный подъем и расцвет переживала культура древней Индии, а позднее и Древнего Китая. Медицина того периода отличалась многими оригинальными особенностями, среди которых прославились на весь мир практическая система самовоспитания йогов и китайская дыхательная гимнастика.

Как та, так и другая выгодно отличались в первую очередь тем, что были пронизаны разумными идеями самопознания, самовоспитания, методами достижения внутренней гармонии и самокоррекции аномальных телесных или психических качеств.

Греческая медицина, видимо, переняла в ход© своего развития многие рациональные достижения как египетской, так и персидской медицины. Об этом, в частности, свидетельствует тот исторический факт, что еще в VIII веке до н. э. в Древней Греции культура и наука не были высоко развиты, а уже во II веке,греческая наука и медицина достигли небывалого расцвета. Успехи греческой медицины настолько широко известны, что вряд ли стоит на них останавливаться. Напомним лишь, что изучение основ нравственности, добродетельности, в том числе и врачей, достигло в этот период высокого уровня. Проиллюстрируем это лишь двумя высказываниями великих мыслителей Греции: «Природа,— учил Аристотель,— дала человеку в руки оружие —интеллектуальную моральную силу, но он может пользоваться этим оружием и в

обратную сторону, поэтому человек без нравственных устоев оказывается существом самым нечестивым и диким, низменным в своих половых и вкусовых инстинктах». Подчеркивая практическую важность добродетельного отношения к людям, Демокрит учил, что «должно приучать себя к добродетельным делам и поступкам, а не к речам'о добродетели».

Настоятельная необходимость познавать не болезни, а больных, со всем многообразием особенностей течения заболеваний и разного отношения к ним привела, в частности, Гиппократа к разделению типов человеческих индивидуальностей на четыре темперамента. Гиппократ, а позднее Гален определяли эти темпераменты как **сангвинический** (представители его отличаются уравновешенностью, подвижностью, живостью, эмоциональной выразительностью, отзывчивостью), **флегматический** (обладателям его свойственны спокойствие, медлительность, размеренность в действиях, обстоятельность и последовательность), **холерический** (холерики безудержны, порывисты, резки в своих проявлениях, им присущи бурные реакции, состояния подъема, горячности, нередко сменяющиеся периодами спада активности) и **меланхолический** (угрюмость, робость, неуверенность, нерешительность, преобладание грусти, подавленного душевного состояния, боязнь трудностей). В этой систематике темпераментов были заложены основы индивидуального подхода к людям, обеспечивающие развитие дифференцированной психопрофилактики и психотерапии.

Не случайно, что с именем Гиппократа, этого величайшего мыслителя и врача Эллады, связана клятва, которую на протяжении многих веков давали выпускники высшей медицинской школы. Не случайно и то, что в тексте клятвы особое внимание уделено утверждению высоких моральных качеств врача, обеспечивающих наиболее гуманные формы общения с больными.

Клятва Гиппократа

«Клянусь Аполлоном, врачом Асклепием, Гигеей и Панакеей, всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими достатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям,

сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому. Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздержи^ ваясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного" замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. В какой бы дом я~ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всякого намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в-жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

Текст клятвы претерпевал многие изменения. Однако на всех этапах истории очень высоко оценивалась воспитательная и моральная сила присяги врача. Проявляя глубочайшую заботу о высоком моральном облике врача — советского гражданина, Президиум Верховного Совета СССР специальным указом утвердил текст присяги, которую приносят на языке соответствующей республики все выпускники медицинских высших учебных заведений страны.

Присяга врача Советского Союза

«Получая высокое звание врача и приступая к врачебной деятельности, я торжественно клянусь:

все знания и силы посвятить охране и улучшению здоровья человека, лечению и предупреждению заболеваний, добросовестно трудиться там, где этого требуют интересы общества;

быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к больному, хранить врачебную тайну;

постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, способствовать своим трудом развитию медицинской науки и практики;

обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к товарищам по профессии и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;

беречь и развивать благородные традиции отечествен-

ной медицины, во всех действиях руководствоваться принципами коммунистической морали, всегда помнить о высоком призвании советского врача, об ответственности перед Народом и Советским государством.

Верность этой присяге клянусь пронести через всю свою жизнь».

Присяга советского врача — документ огромной важности. В тексте ее не только сохранены торжественность стиля и ответственность врача за судьбы больного, но показаны профилактическая направленность советской медицины, долг медицинского работника перед обществом, перед народом, Советским государством, вместе с тем в ней подчеркнуто величайшее значение принципов коммунистической морали и продемонстрировано глубокое уважение благородных традиций отечественной медицины.

Крылатыми стали слова отца медицины Гиппократа: «Медицина часто утешает, иногда облегчает, редко исцеляет». В этом «утешении» — глубокий медико-психологический смысл.

Мыслители Древнего Рима развивали передовые взгляды на межчеловеческие отношения. Цицерону принадлежат слова: «Существуют два первоначала справедливости: никому не вредить и приносить пользу обществу». Слова эти легли в основу и повседневного врачевания.

Общение греков с персами обогащало опыт греческой медицины. Большого расцвета достигли медицинские школы (примерно в 350 г. до н. э.), а такая школа, как Джуди Шапур, превратилась позднее в крупнейший центр медицинского образования. Упадок греческой и римской культур сопровождался долгим периодом застоя в медицинской практике. Однако прогресс истории неизбежен.

В начале IX века н. э. значительно возрастает роль Багдада, куда и были приглашены многие педагоги школы Джуди Шапур. В медицинских школах Багдада получает распространение метод преподавания у постели больного, который сохранился и до наших дней. В связи с этим все большее значение приобретала необходимость осмысливания психологии взаимоотношений врача и больного, резко возросло значение психологических критериев и, в частности, необходимость разработки вопросов о том, каково значение психической индивидуальности больного в возникновении и течении болезней у него, какова роль психологических особенностей врача и больного в обеспечении наиболее полного контакта между ними, каково влияние особенностей психики больного на формирование разных болезней и др. По сути дела зарождались те основы медицинской психологии, которые были впервые систематизированы лишь в начале XX столетия.

Медицинские школы Багдада пользовались авторите-

том во всех высокоразвитых странах мира. Представитель исламской медицины Рхазес (Абу Бекр Мухаммед Ибн Закария ар-Рази, 865—925 гг. н. э.) был не только основоположником больничной службы, основателем медицинских консультаций, но и мастером врачебной этики и психологических методов обеспечения здоровья людей. Другой выдающийся представитель восточной медицины того периода таджикский мыслитель и врач Авиценна (Абу Али Ибн Сина, 980—1037 гг.) прославился своим «Каноном врачебной науки»,— «медицинской библией», опубликованным в 1020 г., переведенным на многие языки мира. Этим руководством на протяжении 700 лет пользовались медицинские школы Европы как самым известным учебником медицины, когда-либо изданным. Заслуги Авиценны чрезвычайно велики и вряд ли нуждаются в перечислении. Важно, однако, подчеркнуть; что, как и его предшественники, Авиценна обеспечил дальнейшее эмпирическое развитие правил о взаимоотношениях врача и больного, науки о предупреждении болезней и, в частности, будущих разделов психогигиены. Ему принадлежит одно из наиболее ранних утверждений, что «местом пребывания душевной силы и источником ее действия является мозг», что чрезмерное бодрствование портит натуру мозга и производит помешательство, что в результате уравновешивания характера достигается сохранение здоровья «одновременно как для души, так и для тела».

Низами (1140—1203) в своей книге «Четыре беседы или рассуждения» подробно останавливается на характеристике качества врача и считает неотъемлемыми для него благородство, чуткость характера, нежность и мудрость натуры, умение устанавливать известное из неизвестного, способность логически мыслить, глубоко правильно понимать и учитывать в лечении сложные переживания больного.

После средневекового царства тьмы, невежества и мракобесия XV век оказался высокоблагодетельным для человечества. Век возрождения прославился бурным расцветом искусств, развитием научной мысли и вместе с тем подъемом научной и практической медицины.

Систематические начала анатомии, заложенные Везалием (1543), открытие кровообращения (1628) Вильямом Гарвеем (1578—1657), а позднее исследования Морганьи об изменениях внутренних органов у больных (1761) закладывают научные основы понимания болезней.

Многовековой период эмпирического лечения болезней, который фактически протекал даже без знания основ болезней, сменяется началом широкого изучения механизма болезней, их природы.

В эпоху Ренессанса процветали итальянские медицин-

ские школы в Падуе и Пизе, где обучалось много студентов из разных европейских стран. Одна из задач медицины того времени состояла в поисках дальнейшего улучшения принципов и практики медицинского обслуживания, в частности, путем совершенствования подготовки медицинских работников. Быстрый рост медицинских школ и лечебных учреждений в странах Европы способствовал решению этих сложных задач. Наряду с физическими и биологическими методами лечения больного, применением достижений общей гигиены для предупреждения болезней, в охране здоровья человека все большее место занимают психологические методы устранения и исправления болезненных явлений и, в частности, методы психопрофилактики и психогигиены, хотя до систематики этих методов было еще далеко.

После открытия в 1518 г. Линакром в Лондоне Королевского колледжа врачей и начала курса лекций по медицине в Оксфордском и Кембриджском университетах в Англии значительно укрепляются представления о врачевании. Локк и Сиденгам неоднократно обращались к систематизации качеств, необходимых студенту-медику. Сиденгам специально подчеркивал роль психики в развитии болезней внутренних органов. Локк и Сиденгам учили, что студент должен совершенствовать в себе наблюдательность и индуктивный метод исследования, больше практиковаться в своем профессиональном мастерстве, познавать и понимать основные причины, законы и ограничения медицины, быть серьезным, пытливым, настойчивым, склонным к исследованию, к неустанным поискам причин. Вместе с тем он обязан всегда оставаться порядочным, душевным, заботливым, внимательным по отношению к больному.

Углубление знаний о морфологической и патоморфологической основе болезней внутренних органов побуждает к поискам методов прижизненного исследования их у больных. Знаменитыми событиями XVIII и XIX веков явилась разработка ставших традиционными методов перкуссии [Ауенбургер, 1761], аускультации [Лаэннек, 1819] и пальпации [Образцов В.П., 1887]. В результате многовековые принципы распознавания болезней путем наблюдения больного дополнились методом активного непосредственного исследования врачом его организма. В свою очередь расцвет физиологии, особенно благодаря исследованиям И. Мюллера, Клода Бернара, И. М. Сеченова, обеспечил начало изучению функциональных изменений в организме и широкому использованию функциональных (инструментальных) методов в распознавании болезней (измерение артериального давления, определение функций кровообращения, дыхания, секреции желез желудка и др.), а

позднее рентгенографии (1895), электрокардиографии (1903) и, наконец, электроэнцефалографии (1929). Одновременно обогащаются и сведения о психологии больного человека.

В начале XIX века значительно возрастает авторитет французской медицинской школы. Крупнейшие представители ее: Морель, Маньян, Шарко, Бернгейм, Жане, Бабинский—не только утверждали роль психики в развитии болезней внутренних органов, но и выполняли исследования, направленные на разработку закономерностей ее влияния. В университетах Германии этого времени впервые вводятся лабораторные методы работы студентов. Становится все более полным и разносторонним представление о медицине как о науке, представление о медике как о специалисте, который получает необходимую подготовку в первую очередь для предупреждения и лечения болезней. Формируются тот тип медика, те отношения врача и больного, которые в основном типичны для нашего времени.

Большое значение для правильного понимания роли психического и соматического в происхождении болезней имел знаменитый спор «психиков» и «соматиков», развернувшийся в 20-х годах XIX века в Германии. Столкновение двух крайних позиций привело к поражению мистико-идеалистических взглядов «психиков» и к победе «соматиков». Наиболее существенным в этом споре явилось утверждение Гризингера о том, что «психические болезни—болезни мозга». Результаты этого спора не могли не сказаться на изменении отношения врача к больному человеку.

Развитие самобытной русской медицины отличалось, в частности, тем, что уже основоположники ее обращали внимание на необходимость строгого учета психологии больного. М. Я. Мудров в книге «Слово о способе учить и учиться медицине», изданной в 1820 г., т. е. в те годы, когда в Германии еще оставалось много приверженцев школы «психиков», говорил молодому врачу: «Теперь ты испытал болезнь и знаешь больного, но ведай, что и больной тебя испытал и знает, каков ты. Из сего ты заключить можешь, какое нужно терпение, благоразумие и напряжение ума при постели больного, дабы выиграть всю его доверенность и любовь к себе, а сие для врача всего важнее»[1]. Каждое действие врача должно быть продуманным и построено с таким расчетом, чтобы все элементы его лечили. Касаясь процедуры прописывания рецепта, М. Я. Мудров учил, что даже к этому, как будто

[1] Мудров М. Я. Избранные произведения.—М.: Изд-во АН СССР, 1949, с. 233.

формальному- акту нельзя • подходить механически, бездушно, нужно «протолковать больному и предстоящий образ употребления прописанного лекарства и сказать вкус, цвет, запах и **действие** оного. Тогда больной будет принимать его с восхищением: **а сие восхищение, радость и уверенность бывают иногда полезнее самого лекарства.** Больной считает часы **и** минуты, ожидает действия от лекарства, **й думает более о выздоровлении,** нежели о болезни»[1] (подчеркнуто нами.— Г.У.).

Весьма примечательными **и** очень современными явились слова М. **Я.** Мудрова о происхождении болезней. «Одни люди,—писал он,— заболевают **от** телесных причин, другие — от душевных возмущений». Так, **в** русской медицине завораживают рациональные взгляды на соматопсихические и психосоматические взаимовлияния **в** происхождении болезней.

Основатель петербургской школы психиатров И. М. Балинский (1827—1902) в лекциях по психиатрии (1857) обращал внимание на отрочество и юность, во время которых особенно важна роль правильного воспитания и обучения, правильного психического влияния для охраны здоровья молодежи.

Утверждая еще в середине XIX века необходимость психотерапевтического подхода к больному, он не только подчеркивал важность такового, но и создал одну из первых научно обоснованных систем его. Он учил врача необходимости: 1) удалить моральные влияния, произведшие и поддерживающие болезни; 2) ослабить болезненные чувства, идеи и болезненную деятельность «умалишенного»; 3) возбудить в нем правильные чувства и идеи, а также охоту к занятиям, стараясь всеми мерами поддержать исчезнувшую моральную его самостоятельность. И хотя система эта адресована И. М. Балинским врачам-психиатрам, нетрудно видеть, что принципы ее распространяются на всех больных, имеют общее значение для медицинской практики.

Важный вклад в развитие передовой психологии внес И. М. Сеченов. Его «Элементы мысли» и ряд других работ по существу пронизаны мотивом гуманности, а вся борьба с ложными направлениями в науке полна страсти, порожденной думами о благе человека и человечества. Особое значение имеет мысль о том, что «организм без его внешней среды, поддерживающей его существование, невозможен, поэтому в научное определение организма должна входить **и** среда, влияющая на него» (подчеркнуто нами.— Г.У.). Эта мысль не только утверждает материали-

[1] **Мудров М. Я. Избранные произведения.—М.: Изд-во АН СССР, 1949,, с. 240.**

стический подход И. М. Сеченова к действительности, но и раскрывает ведущее значение окружающих условий для формирования психики и сохранения здоровья человека, что он неоднократно подчеркивал и в других своих исследованиях. Гармония человека привлекала внимание передовых ученых России. Замечательный русский писатель и врач А. П. Чехов со свойственной ему страстью восклицает: «В человеке должно быть все прекрасно: и лицо, и одежда, и душа, и мысли». Мотив Человека, имя которого «звучит гордо» (А. М. Горький), не сходит со страниц русской, а позднее и советской литературы.

Л. Н. Толстой, как бы дополняя прекрасные качества человека, неоднократно подчеркивает его скромность и альтруизм: «Чем больше человек дает людям и меньше требует себе, тем он лучше».

И как бы отвечая этим призывам, замечательный русский хирург Н. И. Пирогов (1810—1881) и отец педиатрии Н. Ф. Филатов (1847—1902) не только учат врачей заботиться о больном и никогда не забывать о его сложных душевных состояниях, но и в собственной деятельности поражают русскую интеллигенцию неповторимой скромностью, самоотверженностью, глубочайшей сердечностью и простотой—качествами, которые не раз помогали им спасать больных.

Н. И. Пирогов учил, что при подступах к хирургическому вмешательству «... самое главное, по-моему, это то, чтобы больной, оперируемый или исследуемый, был внутренне убежден, что боль и операция, которым он подвергается, не напрасны, а неизбежны для его блага». «Кроме научных сведений и опытности», особенно необходимым качеством медицинского работника, по его мнению, является «добросовестность, приобретаемая только трудным искусством самосознания, самообладания и знания человеческой натуры».

Имена замечательных русских интернистов С П . Боткина (1832—1889) и Г. А. Захарьина (1829—1897) современная медицина связывает не только с провозглашением и отстаиванием ими принципа целостности организма больного, принципа приоритета нервных механизмов в патологическом процессе. Их труды обогатили науку и в важнейших аспектах собственно медико-психологических проблем.

В «Клинических лекциях» Г. А. Захарьин подчеркивал связь между патологией внутренних органов и изменениями чувствительности кожи в зонах их проекции. Это положение значительно расширило знания о роли нервной системы в регуляции функций внутренних органов. Позднее этот феномен был глубоко изучен Гедом. В результате родилось учение о висцеросенсорных связях и

зонах изменения чувствительности в различных участках кожи, которые получили название зоны Захарьина—Геда.

Обучая студентов, Г. А. Захарьин призывает к такой глубине и тщательности сбора анамнеза, которые позволили бы не только снять «медицинский портрет» больного, но и обеспечили бы глубокое познание болезни.

Сам процесс сбора анамнестических данных становился в связи с этим одним из неотъемлемых элементов врачебного воздействия на больного. Г. А. Захарьин писал, что «...серьезно больные вообще уже в силу самого болезненного состояния своего находятся в угнетенном настроении духа,— мрачно, малонадежно смотрят на будущее. Для самого успеха лечения врач должен ободрить больного, обнадежить выздоровлением или, по крайней мере, смотря по случаю, поправлением здоровья, указы**вая на те хорошие стороны состояния больного,** которых последний в своем мрачном состоянии **не замечает или не ценит»**[1] (подчеркнуто нами.— Г. У.).

Тем самым во врачах воспитывался навык внимательного, заботливого, вдумчивого отношения, выслушивания больного. А ведь известно, что возможность для последнего свободно и полно высказываться о своем самочувствии и возникших в процессе болезни проблемах часто сама по себе приводит к ослаблению ряда болезненных переживаний и составляет один из элементов существенной помощи больному.

Основатель московской школы психиатров С. С. Корсаков (1854—1900) впервые выделяет «психическое лечение» в самостоятельный раздел. В соответствующей части его учебника речь идет не только о становлении психотерапии, но о всестороннем обсуждении форм психического влияния на больного в ходе обследования и лечения. В лечении различных болезней, как писал С. С. Корсаков, психическое -влияние врача играет в высшей степени важную роль, и способность пользоваться психическими факторами составляет всегда одно из выдающихся свойств замечательных врачей всех времен.

В оригинальном исследовании, опубликованном в 1908 г., А. И. Яроцкий (1868—1944) сформулировал глубокую мысль о том, что полнота и прочность миросозерцания человека во многом определяют его общественное положение и здоровье. Идейная целенаправленность, стремление к идеалу не только приводят к подъему всей душевной деятельности человека, но оказываются благотворным фактором, поддерживающим здоровье, факто-

[1] Захарьин Г. А. Клинические лекции и избранные статьи.— М., 1910, с. 20.

ром, объединяющим в единое целое все стороны жизнедеятельности организма, фактором, определяющим гармонию души и тела человека.

В 1900 г., изучая нервную регуляцию функций внутренних органов, И. П. Павлов (1849—1936) впервые показал, что психические факторы влияют на секрецию слюны и желудочного сока. Позднее это послужило основой не только для исследования обстоятельств, которые обеспечивают образование и изменение условных рефлексов, но и для построения совершенно нового раздела биологии и физиологии — физиологии высшей нервной деятельности. В самом понятии «условный рефлекс» раскрывается глубочайшее единство организма с окружающей средой.

Одновременно с развитием павловской физиологии В. М. Бехтерев (1857—1927) со своими сотрудниками и учениками вносит новое в морфологию и физиологию мозга. Он, в частности, вскрывает постоянную изменчивость в деятельности центральной нервной системы, которая обусловлена непрерывными влияниями на органы чувств меняющихся воздействий действительности и вместе с тем влияниями постоянной импульсации со стороны внутренних органов и систем.

В 1926 г. В. М. Бехтерев писал: «... в работе мозговой коры нет абсолютного постоянства, а все относительно». «...Один и тот же раздражитель окажет неодинаковое действие на сочетательный рефлекс в зависимости от периода его развития»

История практического врачевания развивалась, следовательно, не только в тесном единстве с формированием взглядов на нравственность врача, на психологический аспект взаимоотношений врач — больной, но и в связи с успехами физиологии мозга.

Глава II
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ В РАЗВИТИИ ПСИХОЛОГИИ

Медицинская психология имеет свои отличительные от общей психологии задачи и свой предмет исследования. Она в первую очередь раскрывает психологию больного человека и сложных взаимоотношений врача и больного.

[1] Бехтерев В. М. Работа головного мозга в свете рефлексологии. Изд-во П. П. Сойкина, 1926, с. 74.

Но вместе с тем психология формировалась не самостоятельно, а, в частности, на основе передовых положений классической психологии.

Познание особенностей человека, отличий его от других людей, закономерностей повседневных межчеловеческих отношений началось по сути дела с тех далеких времен, когда появились люди. Накапливаемый человечеством опыт суммировался вначале в фольклоре, народном эпосе, сказаниях, мифах, позднее в художественных произведениях и, наконец, в трудах древних мыслителей^: в философских трактатах. Не- случайно, что первые систематические исследования в области психологии производились философами, мыслителями.

Систематическое накопление фактов из областей психологии началось в трудах философов XVII—XIX веков. Декарт (1596—1630) подчеркивал дуализм души и тела человеческого. А раз существуют эти две категории, то и изучение их должно вестись неодинаковыми путями. Он утверждал «врожденные идеи бога» и лишь отдельные, случайные идеи рассматривал как «знаки окружающего человека мира», которые передаются посредством шишковидной железы — эпифиза («органа души», по Декарту).

Уже англичанин Локк (1632.—1704) полагал, однако, что идеи рождаются из опыта и по сути дела в них воспроизводятся реальные вещи. Он же впервые говорил об одновременной или последовательной связи (ассоциации) идей. Юм (1711 —1776) углубил, значение таких связей, а Хартли (1705—1757) считал ассоциации идей ведущим принципом психической деятельности (рождение ассоцианизма).

Работы французских философов того времени Кондильяка (1715—1780) и особенно Ламерти (1702—1751) привели первого к утверждению, что ощущения — основа для формирования идей (рождение сенсуализма), а второго — к формулировке важного положения о том, что мышление является результатом деятельности нервной системы.

Выдающийся французский врач — материалист Кабанис (1757—1808) считал, что сознание как высший уровень психической организации зависит от деятельности головного мозга.

Немецкий философ Лейбниц (1646:—1716) впервые применяет термин «психология», а его ученик и популяризатор взглядов Вольф (1679—1754) уже различал «рациональную» и «эмпирическую» психологию. Кант (1724—1804) оспаривает возможность существования психологии как науки. Однако исторический акт совершился и «психология» продолжала активно развиваться как в трудах философов, так и в работах тех, кто все более часто и

определенно называл себя психологом. Примечательно, что один из последователей Канта по кафедре Гербарт (1776—1841) настойчиво утверждал не только правомерность вычленения психологии как науки, но и то, что она основывается на опыте, метафизике и математике.

Не имея возможности излагать весь последующий ход развития психологии, чрезвычайно богатый событиями, концепциями и страстными спорами, мы обратим внимание лишь на тех психологов, результаты исследований которых представляют прямой интерес для более глубокого понимания излагаемого предмета.

Отметим поэтому лишь несколько существенных обстоятельств. Каждый новый подъем в развитии психологии обычно совершался в тесной связи с успехами физиологии и в первую очередь физиологии головного мозга. В свою очередь углубленные исследования привели И. М. Сеченова (1829—1905) к физиологическому открытию важнейшего положения о том, что спинномозговые рефлексы тормозятся центральными механизмами. По сути дела последующие оригинальные исследования И. П. Павлова и В. М. Бехтерева своей исходной посылкой имели именно этот сеченовский феномен.

Известный французский психолог Рибо (1839—'1916) впервые расширил объекты исследования психологии. Он предложил (и систематически использовал в своих работах) изучать закономерности психической деятельности не только у здоровых людей, но и у душевнобольных, поскольку болезни в своем многообразии представляют неповторимый эксперимент, осуществленный самой природой в таких обстоятельствах и такими путями, которые недоступны человеческому искусству. В результате психология стала изучать не отдельные качества психики людей в определенном состоянии, а закономерности психики у человека в целом, в разном его состоянии. Этого же принципа придерживался и Пьер Жане-(1859—1947). Наблюдая больных в госпитале, он не только впервые описал психические автоматизмы как низшие формы психической деятельности, tío и ряд психологических феноменов, обогативших психологию в целом. Так же как и Рибо, он не проводил в исследованиях принципиальной грани между нормальной и болезненной психикой. Примечателен тот факт, что оригинальный отечественный исследователь психологии характера Ai Ф. Лазурский придерживался аналогичных взглядов.

Не меньшее значение имело систематическое использование французским ученым А. Бине (1857—1911) сравнительного метода в психологии. Уже в самом начале своих исследований он изучал соответствующие явления на душевнобольных, особо одаренных лицах и детях. В

результате сравнительный метод формировался не только по пути сопоставления аналогичных фактов, наблюдаемых у здоровых, больных и одаренных лиц, но и в направлении возрастного сравнения.

Нетрудно видеть, что Рибо, Жане и Бине, рассматривая в своих психологических исследованиях здоровых и больных людей как модель для изучения, естественно, включались в разработку не только традиционных проблем классической психологии, но и ряда вопросов медицинской психологии. Не менее существенным оказалось и то, что они от изучения отдельных психических функций—подхода, типичного для классической психологии, в том числе для «физиологической психологии» Вундта (1832—1920), перешли к исследованию психологии всего человека.

Ранее уже была приведена глубокая мысль И. М. Сеченова о том, что организм человека можно правильно понимать только в единстве с окружающей внешней средой. В психологии исследование этого вопроса особенно последовательно производилось в русской и советской школах И. М. Сеченова не случайно называют отцом русской физиологии. Ему принадлежит утверждение о причинной обусловленности (детерминации) всех форм деятельности организма воздействиями внешней среды (и в этом глубина его материалистического мировоззрения). Рефлекторный принцип впервые был распространен им на содержание деятельности всех систем организма, в том числе и на психическую деятельность. В своих исследованиях он последовательно придерживался эволюционного направления — принципа развития. Поэтому совершенно естественным был его ответ на вопрос, кому и как разрабатывать психологию (1870): кому? — физиологу, как? — путем изучения рефлексов. Создание И. М. Сеченовым, а позднее И. П. Павловым и В. М. Бехтеревым методов объективного изучения психической деятельности произвело переворот в психологии. И если в дореволюционной России, а затем в Советском Союзе эти методы последовательно развивались, то в американской психологии они получили иное, своеобразное выражение.

Основоположник бихевиоризма (психология поведения)-в американской психологии Уотсон (1878—1958), разуверившись в возможностях традиционной психологии, пришел к выводу о том, что она должна заниматься не столько проблемами создания, сколько исследованием поведения людей «от рождения до смерти». Наиболее удачным методом такого исследования он считал установление закономерных отношений между стимулами и ответами организма. Сложную совокупность стимулов он обозначал термином «окружение», или «ситуация». Одна-

ко эти разумные посылки, призванные глубже и объективным путем исследовать закономерности формирования психики в результате внешних влияний на человека, так же как тенденции становления реакций психики на меняющиеся внешние обстоятельства, в американском бихевиоризме не сопровождались строго научным подходом к их решению, в частности они отличались односторонностью. Взаимодействие стимул—реакция изучалось механически, исходя из абстрактной схемы человека, без учета изменений, происходящих при этом в сознании.

Нарушая объективную последовательность и преемственность фактов в любой системе, приверженец крайнего бихевиоризма Вейсс (1879—1931) пытался свести психологию к физико-химии. Нетрудно видеть, что это было не только невыполнимо, но и утопично.

Вместе с тем прозорливая мысль И. М. Сеченова нашла не только поддержку, но и существенное развитие в исследованиях психологов разных школ. Современная психология уже не мыслит изучения психической деятельности человека вне учета влияния на него физических, биологических и общественных (социальных) условий жизни.

Несмотря на трудности исследования человеческой психики, изучение ее разными психологическими школами приводит все к большим успехам. Мы знаем в этой области еще не только не все, но ничтожно мало. И все же можно гордиться успехами психологии, во-первых, потому, что исследование ее перешло на наиболее сложный уровень—уровень отношений между средой, личностью и физиологическими механизмами высшей нервной деятельности, и, во-вторых, в связи с тем, что знания, накопленные современной психологией, несомненно, обеспечивают научно обоснованные пути охраны нервно-психического здоровья людей. Что касается возникших в развитии психологии противоречий, то борьба их по сути дела и является главным стимулом для ее развития.

Нетрудно видеть при этом, что в исследованиях общей психологии, особенно в трудах И. М. Сеченова, Рибо, Жане, Вине, Уотсона и др., формируются положения, имеющие непосредственное отношение к проблемам медицинской психологии. Это нашло особенно большое развитие в физиологическом учении И. П. Павлова.

ОСНОВЫ ФИЗИОЛОГИИ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Физиологическому учению И. П. Павлова свойствен глубокий монизм. Основные принципы его учения заключаются в следующем: а) принцип целостности, единства

организма и решающей роли внешней среды в его эволюции и деятельности; б) принцип **нервизма;** в) принцип **единства** процессов анализа и синтеза; г) принцип единства психического и соматического; д) принцип **единства** структуры и функции—«приуроченности динамики к структуре» и, наконец, ж) идея о необходимости не только изучения, но и активного управления деятельностью организма.

Головной мозг объединяет и регулирует всю внутреннюю и внешнюю деятельность организма, его взаимодействия со средой по принципу рефлекса.

В основных понятиях о высшей нервной деятельности—в понятиях условного и безусловного рефлекса—отражены все ведущие принципы биологии: эволюции, приспособляемости, изменчивости, онтогенетического и филогенетического развития, неизменной связи высших форм деятельности с низшими.

И. П. Павлов с сотрудниками глубоко изучили механизм образования условных рефлексов; зависимость появления их от соотношения во времени условных раздражителей с безусловными, от состояния коры большого мозга, от свойств условного раздражителя (его силы) и от состояния безусловнорефлекторной деятельности. Образование условных рефлексов происходит как на простые, так и на сложные, комплексные раздражители, состоящие из одновременно действующих компонентов.

У человека условные рефлексы чаще образуются на сложные синтетические, комплексные раздражители. Для условнорефлекторной деятельности его типично не только образование новых условных рефлексов, но и перегруппировка по-новому старых связей. При этом происходит не только суммация, но и синтез, интеграция реакции.

И. П. Павлов подробно раскрыл роль процессов торможения в деятельности нервной системы, особенно коры большого мозга. Он пришел к заключению о необходимости различать торможение двоякого рода:

а) **пассивное,** или безусловное, и

б) **активное,** или условное.

К разновидности пассивного, или безусловного, он относил:

а) внешнее торможение как реакцию на «новизну», на неожиданный, внезапный раздражитель, которое связано с возникновением новой доминанты — ориентировочной и самозащитной;

б) запредельное, или охранительное, торможение как реакцию на сверхсильные или длительные раздражения, которая предохраняет от истощения и гибели клеточные структуры.

К активной, или условной, разновидности торможения им отнесены:

а) *дифференцировочное*, б) *запаздывающее* и в) *угасательное*.

Пассивное торможение свойственно всей нервной системе, а активные или условные его формы — только коре большого мозга. Они представляют собой процессы, которые развиваются в онтогенезе и определяют возможности тончайшего анализа и синтеза всех внешних и внутренних раздражителей.

Всякая новая условная связь возникает вначале в иррадиированной, генерализованной, обобщенной форме, а в дальнейшем концентрируется преимущественно в строго определенной динамической структуре.

Вокруг «пунктов» возбуждения и торможения в коре большого мозга возникают состояния с обратным знаком, т. е. явления одновременной положительной или отрицательной индукции. Кроме того, возбуждение и торможение в самих этих пунктах в дальнейшем сменяются состояниями обратного знака (механизм последовательной индукции).

Интенсивность процессов иррадиации и индукции находится в обратно пропорциональной зависимости: чем сильнее процессы иррадиации в коре, тем слабее индукция и наоборот.

Как видно из сказанного, в основе корковой деятельности лежат процессы возбуждения и торможения, их движение (иррадиация и концентрация) и взаимодействие (индукция).

У человека в связи с развитием в ходе общения с другими людьми общественно-трудовой деятельности — речи появляется «чрезвычайная надбавка» в деятельности коры. Помимо реакций на непосредственные воздействия, обеспечиваемых у него, как и у животных, первой сигнальной системой, человека отличает способность символических (речево-письменных) реакций как на непосредственные, так и на опосредованные воздействия. В связи с этим более древние формы сигнализации — *оптико-жестикуляторные* сменяются словесными — *акустико-вербальными*.

И. П. Павлов обращал внимание на то, что все закономерности первой сигнальной системы свойственны и деятельности второй, что обе сигнальные системы формируются на основе безусловнорефлекторной деятельности и, подвергаясь ее влияниям, в то же время соподчиняют ее себе. Соотношения между второй сигнальной системой и первой в основном те же, что и между первой и системой безусловнорефлекторной деятельности.

В целостной работе коры большого мозга существуют

индивидуальные различия, выражающиеся в неодинаковых соотношениях между силой, уравновешенностью **и** подвижностью основных нервных процессов. Являясь результатом как врожденных, так и приобретенных влияний, эти индивидуальные различия были сведены И. П. Павловым в четыре основных типа высшей нервной деятельности, к которым ближе всего стоят, по его мнению, темпераменты, выделенные Гиппократом **и** Галеном (сангвинический, флегматический, холерический, меланхолический).

Применительно к человеку многообразие индивидуальных различий обеспечивают не только эти общие для человека и животных (общебиологические), но и специфически-человеческие типы высшей нервной деятельности: мыслительный — при преобладании второй, художественный — при преобладании первой сигнальной системы и смешанный — при относительно одинаковом развитии той *и* другой (табл. 1)

Таблица 1 Общебиологические типы высшей нервной деятельности

Типы темпераментов по Гиппократу — Галену		Основные свойства нервных процессов	
	сила	уравновешенность	подвижность
Сангвиник	Сильный	Уравновешенный	Подвижный
Флегматик	»		Малоподвижный
Холерик		Неуравновешенный	Подвижный
Меланхолик	Слабый		

Все богатство содержания стройного учения И. П. Павлова о физиологии высшей нервной деятельности невозможно охватить в кратком очерке. Однако приведенные основные положения раскрывают принципиально новый подход к изучению механизмов мозговой деятельности.

В творческом развитии физиологического учения И. П. Павлова, чрезвычайно богатом новыми фактами, применительно к пониманию основных закономерностей медицинской психологии, особенно важны два направления.

Исследования К. М. Быкова (1886—1959) с сотрудниками заложили основы для понимания физиологических закономерностей кортико-висцеральных и висцерокортикальных взаимовлияний. В результате факт психосоматических и соматопсихических воздействий не только получил объективное, строго научное подтверждение, но при этом было убедительно показано, что эти воздействия строятся по тем же закономерностям рефлекторной и условнорефлекторной деятельности, что и вся нервно-

психическая деятельность. Были раскрыты основные закономерные тенденции в механизмах такого взаимодействия.

Второе, весьма существенное положение явилось результатом оригинальных творческих исследований ученика И. П. Павлова П. К. Анохина (1898—1974). В сформулированной им концепции физиологической архитектуры условного рефлекса были выделены четыре последовательные стадии его конструирования, каждая их которых отличается различием объема связей между условным раздражителем и физиологическими системами головного мозга. П. К. Анохин выделяет: 1) стадию *афферентного*[1] *синтеза*, в формировании которой принимают участие как специфические, так и неспецифические механизмы; 2) стадию *формирования акцептора действия*, который определяется как сложная система возбуждения, формирующаяся в коре большого мозга на основании накопленного ранее опыта; 3) стадию *формирования аффекторного аппарата* и, наконец, 4) стадию *обратной афферентации*. Последняя раскрывает обратную связь в сложной системе условного рефлекса. Так, положения И. М. Сеченова (1863) о том, что спинномозговые рефлексы тормозятся центральными механизмами и что понятие человеческого организма неизменно включает в себя окружающую его среду, к нашему времени получили глубокую научную разработку в физиологии высшей нервной деятельности — учении, созданном в первую очередь русскими и советскими физиологами. Трактовка же закономерностей психической деятельности и по настоящее время остается весьма пестрой. Одним из оснований тому служат методологические взгляды исследователя.

СОВРЕМЕННЫЕ ФИЛОСОФСКИЕ КОНЦЕПЦИИ В БУРЖУАЗНОЙ ПСИХОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ

Успехи русской и советской физиологии мозга не случайны. Монистический, последовательный подход И. М. Сеченова, И. П. Павлова, В. М. Бехтерева к изучаемым объектам и явлениям отражал фактически материалистический склад их мировоззрения. Правильный выбор ведущего направления & сложной борьбе противоречий, продолжающейся в области философии и психологии, зависит от собственных методологических установок исследователя, с одной стороны, и от знания противоречивых концепций, развиваемых разными школами,— с дру-

[1] Афферентный — от лат. a££егепБ — приносящий, приводящий.

гой. Активно выступать против реакционных концепций, критически оценивать и пересматривать ошибочные положения философских учений и взглядов может лишь тот, кто хорошо знает основные направления современной буржуазной психологии и медицины. В данном курсе эти знания тем более существенны, что обсуждаемые ниже методологические взгляды рождались, как правило, в ходе формирования психологических концепций.

Ознакомимся кратко с наиболее распространенными современными философскими концепциями. Пожалуй, больше других получил распространение на всех континентах фрейдизм, или психоанализ. Автор этой концепции венский врач-клиницист Зигмунд Фрейд (1856—1939) после наблюдения больных истерией в неврологической клинике Жана Мартина Шарко выступил со своей теорией психологии, которая со временем приобрела всеобъемлющий характер системы философских взглядов. Клинические наблюдения стимулировали Фрейда к постановке ряда оригинальных и важных вопросов. В этом его несомненная заслуга. Однако трактовка обсуждаемых фактов уже на ранних этапах развития фрейдизма вызвала протест даже у ближайших учеников Фрейда.

Правильно поставив вопрос о важности инстинктивных форм деятельности, Фрейд гипертрофировал значение их до предела. Ведущая позиция его учения сводится к тому, что в основе жизни и всех тончайших ее проявлений лежит энергия либидо (энергия полового влечения), которая собственно и организует всю деятельность человека. Это основополагающее положение фрейдизма сразу делает акцент на биологических механизмах высших форм деятельности человека, а не на обстоятельствах жизни. Жизнь человека направляется, по Фрейду, влечением к жизни (сексуальное), влечением к смерти и к разрушению. Все же факторы окружающей среды — всего лишь преходящие, несущественные обстоятельства. Будучи последовательным в своих взглядах, Фрейд биологизирует и уровни сознания (личности), для обозначения которых привлекаются термины «оно», «я» и «сверх-я».

«Оно» — глубинная, инстинктивная, врожденная основа сознания—«бессознательное», «истинная психическая реальность», «главный источник силы». «Я»—система внешнего объективного опыта. Зависимое от «Оно», «Я» лишь от него получает необходимую силу для контроля действия. «Сверх-я» — результат приобретаемых в жизни оценок и идеалов общества, которое в конечном счете также является производным «Оно». В результате вся психическая деятельность определяется и обогащается не сознательными формами взаимодействия человека со средой в ходе бесконечно меняющихся сложных межчелове-

ческих, общественных отношений, а за счет биологической основы — «Оно», иными словами, полового влечения—либидо.

В своем психоанализе Фрейд настаивает на значении для формирующейся психики пережитого опыта в период раннего детства. В правильности этого положения сомневаться невозможно. Все зависит лишь о того, как понимать этот «опыт». Сам же автор психоанализа понимает его весьма своеобразно, если не сказать крайне уродливо. Иллюстрацией тому могут служить перечень и содержание этапов развития ребенка по Фрейду.

Первая стадия (до 1'/г лет) — оральная. Влечения ребенка на протяжении ее определяются эрогенным значением полости рта (губы, язык и др.), которая участвует в акте сосания.

Вторая стадия (до 3 лет) — анальная. Все удовольствия, получаемые ребенком, связаны с эрогенной зоной заднего прохода в акте дефекации, мочеиспускания **и ДР-**

Третья стадия (до 7 лет) — фалическая. Ведущее значение в ней приобретает половой член (фалюс). У мальчиков с ним связаны сексуальные фантазии по отношению к матери, мастурбация, соперничество и вражда в отношении отца (комплекс Эдипа). Девочки же, «страдая» от отсутствия"полового члена у них, в чем повинна якобы мать, переносят свою любовь на отца.

Четвертая стадия (до 12 лет) наделяет ребенка аутоэротизмом и нарциссизмом (направленность полового влечения на себя).

Не вдаваясь в подробности, можно утверждать крайнюю надуманность этой схемы. При этом очередной раз Фрейд убеждает читателей в том, что избирательно сексуальные, биологические качества, а не воспитание в детстве и отрочестве формируют психику человека. Никто, естественно, не пытается оспаривать роль инстинктов в развитии психики человека. Но уродливый пансексуализм Фрейда вряд ли раскрывает даже элементы такого влияния.

Ближайшие ученики Фрейда — Штерцль, Адлер, Юнг, Ранке, не согласные с пансексуализмом во взглядах своего учителя, покинули его (каждый из них стал автором своего варианта фрейдизма). Грубая переоценка Фрейдом значения бессознательного исходила из философии Фридриха Ницше, по мнению которого, сознание играет второстепенную роль по сравнению с «голосом тела» (бессознательным). Из этих заумных посылок родился и собственно психоанализ Фрейда. Раз бессознательное «Оно» определяет все особенности психического облика человека, то следует адресоваться именно к

скрытым в нем конфликтам, которые определяют варианты патологии психики.

Разновидности фрейдизма созданы в первую очередь учениками венского творца психоанализа.

Индивидуальная психология Адлера утверждает, что характер человека формируется на основании врожденного чувства неполноценности. В результате на протяжении всей жизни человек в порядке компенсации этого врожденного стержня личности стремится к превосходству над другими, их подавлению, господству над ними. Врожденные комплексы к агрессии и могуществу по существу то же либидо, тот же инстинкт жизни, смерти и разрушения, что и в классическом психоанализе, но преподнесенные несколько мягче и более эстетично. Биологическая, сущность психики, как видим, и у Адлера является ведущей.

Аналитическая психология Юнга. Так же как и его учитель Фрейд, Юнг видит основу жизни в сексуальности. Его учение повторяет и многие другие стороны классического психоанализа. «Я» противопоставляется «коллективному бессознательному», содержание которого передается из поколения в поколение. Образ, например, героя. В результате конкретное «коллективное бессознательное» и питает, создает «Я». Не случайно эта идея, так согласующаяся с расизмом, была подхвачена национал-социалистами, а сам Юнг в годы гитлеризма был ведущим теоретиком-консультантом фашистов. Как ни пытался он протестовать против классического фрейдизма, все же он остался типичным его представителем.

Неофрейдизм. Салливен, Фром, Хорни, не удовлетворенные пансексуализмом Фрейда и игнорированием им культурных условий развития человека, пытались избежать ошибок основоположника психоанализа. Однако в своих концепциях «интерперсональных отношений», «культуральной психологии» они не только сохранили индивидуалистический подход к пониманию личности, но и активно использовали понятия традиционного психоанализа. Хорни, например, настаивает на значении культуры. Однако последнюю она понимает абстрактно в отрыве от социальной культуры общества.

Советская психология также утверждает индивидуальное, но в диалектическом взаимопроникновении его с общественным; не отрицает, а тщательно исследует механизмы и роль неосознанных актов в психологической деятельности, но при условии признания примата сознательного; глубоко изучает механизмы инстинктов, влечений, однако в первую очередь для того, чтобы научиться управлять ими с помощью высших, сознательных форм деятельности; не исключает важности биологического в жизнедеятельности организма человека, но специфически

человеческими рассматривает те системы, которые обеспечивают наиболее тонкие и совершенные формы приспособления к окружающей, в первую очередь общественной среде.' Следовательно, проблемы едины, но подходы к их решению и интерпретация фактов принципиально различны.

Экзистенциализм (философия существования) в последние десятилетия получил широкое распространение. Основоположники его Кьеркегор, Хайдеггер, Ясперс, Сартр, Бинсвангер, желая отмежеваться как от идеализма, так и от материализма и создать «третью» философию, породили фактически новую разновидность идеализма. Они поставили важный вопрос: какова взаимосвязь между сущностью (бытием) и существованием? Но отвечая на него, очередной раз всю проблему повернули «с ног на голову». Существование, по мнению экзистенциалистов, в том числе личности, человеческого сознания, представляют собой не что иное, как раскрытие сущности. Очередной раз слышится старый мотив: не бытие первично, а сознание; не сущность порождает существование, а наоборот, существование предшествует сущности. В связи с этим применяемый ими в психологии и психиатрической клинике метод «экзистенциального анализа» через толкование переживаний человека (его страхов, забот, волнений, выраженных в форме слов, мимики, пантомимики), особенностей существования позволяет якобы раскрывать внутренний мир больного, постигать свойственные ему формы отношения «существования к сущности», и тем самым раскрыть саму ее сущность. Если вспомнить методику психоанализа Фрейда, то нетрудно видеть, что «экзистенциальный анализ» — всего лишь разновидность психоанализа, расцвеченная более замысловатыми и наукоподобными терминами.

Феноменология Гуссерля родилась в результате критического рассмотрения автором типичных для того времени философских концепций. Одна из важных посылок состояла в том, что Гуссерль утверждал кризис «европейской научной мысли», который проявлялся, в частности, в том, что научная мысль перестала правильно ориентировать людей в актуальных проблемах жизни. Как и многие другие «основоположники своей философии», Гуссерль допускал неоправданное распространение своих оценок действительных признаков кризиса, наблюдаемого им в буржуазном обществе, на всю науку и человечество в целом. Отсутствие классовой и социально-экономической дифференциации и привело Гуссерля к тотализации философских взглядов.

"В поисках путей выхода из такого кризиса автор феноменологии по сути дела сформулировал новый вари-

ант идеалистической философии. Он предпринял, в частности, попытку феноменологического обоснования науки. Всякое объективное рассмотрение мира, по его мнению, есть действия, направленные «вовне», имеющие дело только с внешне существующим, с «объектноетями». Радикальное толкование мира есть систематическая и чистая «самовнутренняя интерпретация экстериоризирующей себя субъективности».

Утверждая принципиальные различия между природным и духовным бытием, Гуссерль приходит к субъективно-идеалистическому утверждению, заявляя, что вся дей-' ствительность имеет свою генетически смысловую основу в трансцендентальной субъективности. В феноменологической позиции нет иной объективности, которая не «являлась бы моим феноменом, феноменом трансцендентального ego»,— писал Гуссерль.

Весь окружающий мир, по Гуссерлю, является лишь «самообъективизацией трансцендентальной субъективности». Исходя из этого, он считает необоснованным и наивным рассмотрение соответствий в паре субъект — объект. А потому «объективизм» не способен познать творческую субъективность. Правильно критикуя объективизм метафизического, тем более вульгарного материализма, Гуссерль следует, однако, не по пути решения этого вопроса, предложенному диалектическим материализмом, а по пути критики материализма вообще и формулирования субъективно идеалистической концепции: действительность доступна познанию лишь как царство субъективных феноменов.

«Психодииамическая (психобиологическая) концепция» Адольфа Майера представляет одну из разновидностей прагматизма, который, по мнению В. И. Ленина, не имеет принципиальных отличий от махизма. Обсуждая это направление, мы вновь встречаемся с важностью поставленных основоположниками прагматизма задач и ложной трактовкой фактов, что и создает иллюзию «новой философии». Выступая против материализма в поисках решения актуальных проблем познания, основоположники прагматизма отказываются рассматривать понятия, теории, идеи как категории, адекватные действительности, как формы отражения закономерностей, свойственных объективному, существующему назависимо от нас миру. Все эти категории лишь субъективные построения. Практическое же использование идеи, по их мнению, и создает истину. При этом наиболее истинными являются не те идеи, которые глубже, полнее отражают реальную действительность, как то утверждает диалектический материализм, а те, которые оказываются более полезными, практически более значимыми (прагматизм). Полезное —

значит истинное. Бесполезное — следовательно, ложное. Отождествляя реальность с совокупностью субъективного опыта, совокупностью ощущений, прагматизм действительно недалеко уходит от махизма. Отождествляя же истинное с практически полезным, значимым, выгодным, он больше проповедует спекулятивную Психологию, чем отстаивает высокое звание науки, призванной вскрывать объективные законы действительности.

Психодинамика как ветвь прагматизма и порождение погибающего бихевиоризма переняла у последнего учение о реакциях. Прагматическое использование психодинамики привело авторов, и в первую очередь Майера, к утверждению того, что развитие индивидуума происходит в результате отделения стимулов от реакций; к пониманию болезней как разных типов реакции личности, отрицанию качественных различий между психикой здорового человека и психикой больного неврозом и психозом; утверждению того, что в основе болезней, в частности психических, лежат психодинамические нарушения адаптивных реакций; к пониманию самой личности как суммы индивидуальных психодинамических реакций. Таким образом, психодинамика составляет отличающийся, но принципиально равнозначный фрейдизму вариант биологизации в психологии и клинике.

Антипсихиатрия — одно из направлений в современной медицине, прямое следствие эклектизма, в первую очередь психоанализа Фрейда, феноменологии Гуссерля и экзистенциализма Хайдеггера — Ясперса. Правильно утверждая возможность пагубного, угнетающего влияния классового общества на человека, авторы этой концепции распространяют возможность такого влияния на любое общество. Основоположники антипсихиатрии на Международном конгрессе в 1967 г. заявили, что их целью является демифологизация насилия человека над человеком во всех его формах, демифологизация социальных систем, порождающих насилие. Наиболее яркое проявление такого насилия и обнаруживается якобы в психиатрии. По мнению одного из основателей антипсихиатрии Мишеля Фуко, люди, не соглашавшиеся с предписаниями религии и государства, всегда объявлялись «сумасшедшими», изолировались от общества и освобождались только после признания ими собственной вины и ошибок. В результате к сумасшествию формируется отношение политического содержания. С этой позиции психические больные оказываются безвинно страдающими, жертвами социальной системы — общества, которое само «секретирует» сумасшествие. В связи с этим антипсихиатрия отвергает психиатрию как медицинскую науку. Психическая же болезнь не имеет ничего общего с болезнями, а является лишь

«оппортунистической выдумкой общества». Диагностика — псевдонаучный акт, а психиатрические больницы — «инструмент тюремного заключения», лечение же психически больного должно быть заменено «политическим лечением общества». Основоположник термина Купер предлагает не лечить больного, а «освободить его» от влияния «больного общества».

Таким образом, хорошо известное положение о значении социальных условий жизни общества в возникновении или предупреждении психических болезней доведено «антипсихиатрией» до абсурда: болезни эти необоснованно изымаются из области медицины, лишаются медицинского содержания и превращаются без учета классовой структуры общества в болезни общества.

Мы рассмотрели лишь некоторые современные концепции зарубежной психологии и медицины, учитывая их особую близость данной теме, широкую распространенность и «фундаментальность» для ряда других концепций.

Развитие медицинской психологии, как видим, происходило и происходит в условиях активной идеологической борьбы между последователями диалектического материализма и сторонниками идеализма.

/

ОБЩАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Глава III

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Эрнст Кречмер называл душою (психикой) непосредственное переживание, которое расчленяется для нас вокруг двух полюсов: одним является «Я», другим — внешний мир. Комплексы сознания «Я» и внешнего мира в их широких пограничных зонах переходят друг в друга, а все душевное и все переживания возникают из взаимодействия между «Я» и внешним миром. При этом либо «Я» воспринимает воздействия из внешнего мира (процессы возникновения образов, впечатлений), либо «Я» воздействует на внешний мир (процессы выражения). К третьей группе душевных феноменов, по его мнению, следует отнести аффективность. Она объединяет то, что душевные процессы получают в чувственных тонах, т. е. дифференцируют их ценность для «Я». Аффективность в своей биологической сущности ближе всего стоит к тому, что называют влечениями, темпераментом.

Исчерпывающего, всеми признанного определения психики до настоящего времени нет. Трудность такого определения объясняется прежде всего сложностью изучаемого объекта. Это и понятно, если вспомнить, что головной мозг — орган психической деятельности, представляет собой высшую, наиболее . сложную форму организации материи, а сознание — высшую форму отражения действительности.

Другая трудность состоит в чрезвычайной- индивидуальности психики, психического склада личности отдельного человека, который фактически неповторим. Такая неповторимость Представляет собой одновременно и следствие бесконечного многообразия внешних обстоятельств (особенно если иметь в виду общественные, межчеловеческие отношения), отражаемых в мозге человека, и результат тонкости и сложности отношения индивидуума к действительности.

Наконец, затрудняет решение этого вопроса крайняя пестрота взглядов ученых, исследующих его, которая в свою очередь связана с разноречивостью, а иногда и с противоречивостью методологических, философских исходных позиций и установок. Для дальнейшего обсуждения вопросов медицинской психологии представляется все же необходимым сформулировать рабочее опреде-

ление психики и рассмотреть основные ее особенности. Психика представляет собой наиболее совершенную форму внутренней, субъективной, идеальной деятельности, которая за счет пересочетания субъективных категорий (образов впечатлений, образов представлений, понятий) обеспечивает построение адекватных суждений и умозаключений о внешнем мире, о себе самом и о своих отношениях с миром не только непосредственно, но и опосредованно, отвлеченно, вне прямых контактов с соответствующими объектами окружающей действительности.

Эта форма деятельности обеспечивает возможность не только оперировать субъективными моделями предметов и обстоятельств действительности, но и реконструировать, дополнять, творчески совершенствовать и даже создавать, открывать новые модели, используя для этого ранее накопленный индивидуумом субъективный опыт. Она обеспечивает как более полное непосредственное, так и опосредованное познание явлений действительности: осмысленную, осознанную деятельность, направленную на наиболее совершенное и полное удовлетворение потребностей человека как в интересах его самого, так и общества.

Психическая деятельность формируется в постнатальном периоде развития человека. Это — категория приобретенная. Врожденными и генетически обусловленными являются лишь те биологические системы головного мозга, которые оказываются биологической основой психической деятельности. Содержание же психики не наследуется, а формируется на протяжении всего постнатального периода и особенно в первый, наиболее бурный период (до 21—22 лет).

Первичным, таким образом, для психической деятельности является реальный, существующий независимо от сознания людей материальный мир. Процесс формирования психики осуществляется путем активного отражения человеком реальной действительности, которая представлена объектами, обладающими разными свойствами:

а) физическими (предметы с их неодинаковой плотностью, тяжестью, консистенцией, конфигурацией, температурой, скоростью перемещения в пространстве, электромагнитными свойствами и др.);

б) биологическими (растения, живые существа, объекты растительного и животного происхождения);

в) общественными, специфически-человеческими (слова, поступки, рекомендации, указания, действия людей и коллективов и др.).

Отражение объектов действительности осуществляется головным мозгом с помощью органов чувств (анализаторов). Поступившая в мозг информация в форме образов впечатления синтезируется, в частности, за счет сопостав-

ления, сличения ранее сформированных образов представления с образами новых впечатлений. Эта информация закрепляется в памяти, обогащая субъективный опыт человека и обеспечивая возможность направленных действий, ответных по отношению к внешним раздражителям.

Любой акт отражения действительности следует рассматривать как прямую связь в системе человек — окружающая среда. Обратной связью этой системы всегда служит отношение человека к соответствующим объектам или обстоятельствам действительности. Такое отношение составляет активную форму психического действия в соответствии с накопленным субъективным опытом и выступает в форме: направленного психомоторного акта — действия; рече-двигательного акта — словесного выражения отношения или в форме внутренней, субъективной оценки отраженного объекта (обстоятельств) окружающего мира. Как отражение, так и отношение осуществляется по принципу условного рефлекса. Психическое действие («мысль») И. М. Сеченов рассматривал как «первые две трети психического (условного — Г. У.) рефлекса». Психическое действие, субъективный акт представляет собой рефлекс, в котором существуют начальная, афферентная (отражение) и центральная (мозговая, синтез-аналитическая) трети, тогда как оставшаяся треть (афферентная, психомоторная, внешнее выражение) заторможена. Изложенная мысль И. М. Сеченова содержит лучшую в мировой литературе и наиболее глубокую формулировку рефлекторного механизма психического акта — субъективного.

Сам термин «субъективное» у некоторых лиц, механистически понимающих действительность, не только вызывает сдержанную реакцию, но нередко даже протест. Особенно часто с этим приходится иметь дело при попытках научного толкования субъективных категорий психики. Эта позиция глубоко ошибочна и, более того, вредна. Один из крупнейших русских физиологов А. А. Ухтомский в работе «Физиология двигательного аппарата» (1927) по этому поводу писал: «Так называемые „субъективные" показания столь же объективны, как и всякие другие, для того, кто умеет их расшифровывать» (подчеркнуто нами.— Г. У.).

Главным обоснованием объективной сущности субъективных категорий психики служат глубина и точность достижений современной научной мысли, величие человеческих созиданий и достижение межчеловеческого взаимопонимания даже в сложнейших условиях общественной жизни.

Изучение формирования психики в постнатальном он-

тогенезе позволяет выделить по крайней мере две ее формы:

а) с преобладанием образных субъективных категорий (образов представлений) и

б) с преобладанием безобразных субъективных категорий (понятий).

Как правило, первая форма психики преимущественно свойственна детскому возрасту, а психическая деятельность в этом случае сопровождается богатством воображения, фантазией (активного пересочетания ярких образов представлений в условиях отвлечения от действительности).

Вторая форма психики более типична для лиц зрелого возраста. Однако любые безобразные субъективные категории всегда формируются на основе образных и необходимо сосуществуют с ними. Вудвортс (1915) в свое время верно подметил, что безобразной является не столько мысль, сколько ее воспроизведение. Наблюдения показывают, что в человеческом опыте нет категорий психики, которые формировались бы или существовали вне чувственного (сенсорного) содержания. Постнатальное развитие психики наиболее показательно свидетельствует о первичной сенсорности, образности всех категорий психики, в том числе и тех, которые позднее оцениваются как безобразные.

Процесс формирования более высоких абстракций (понятие) из более низких (представление) происходит путем усложнения, обобщения, отвлечения, а вместе с тем дифференциации и автоматизации каждой предшествующей категории. Образные формы субъективных категорий всегда воспринимаются в сознании человека как более яркие, чувственные, пространственные, относительно более стойкие. Безобразные обычно возникают мгновенно, как готовые сложившиеся категории, формируются и формулируются в виде элементов внутренней, беззвучной речи (мыслей), вербальных (словесных) толкований отражаемых событий. Они меньше осознаются, труднее прослеживаются в сознании.

Эти различия, в частности, послужили основанием для обсуждения вопроса о сознательных и неосознаваемых (бессознательных) проявлениях психики. На первый взгляд, понятие «неосознаваемое» исключает саму сущность психического. По существу же это не так. Уже в таких определениях, как «концентрация внимания», «сознательное отношение», «сознательное решение» и др., всегда заложено то или иное противопоставление. Если «внимание» направлено на какой-то объект или «сознание» сосредоточено на конкретной идее, то это не означает, что психическая деятельность данного лица выключена по

Ношению к тем объектам и идеям, которые остаются Ие сферы сосредоточения.

Во-первых, при этом человек сохраняет параллельно развертывающиеся иные формы психической деятельности (сосредоточенный на объекте, он обдумывает его особенности, связи, зависимости, происхождение; сконцентрированный на идее, внутренне обсуждает ее, привлекая субъективный опыт, совершает не относящиеся к идее сопутствующие разумные действия и др.).

Во-вторых, даже во сне, при кажущемся полном выключении психики, человек сновидит, а фабула сновидений формируется только из субъективного опыта, накопленного им ранее, что достаточно убедительно доказано наукой.

В-третьих, современные электрофизиологические характеристики фаз сна побуждают не только по-разному оценивать состояния его (в частности, сон ортодоксальный, сон парадоксальный), но и убедительно свидетельствуют о том, что в состоянии сна в мозговых структурах происходят сложные процессы ассимиляции субъективного опыта, накопленного в период предшествующего бодрствования.

В настоящее время представления о разных формах психической деятельности, как осознаваемых, так и неосознаваемых, служат предметом углубленных исследований. Исходной позицией последних является принцип Сеченова — Павлова: любые формы психической деятельности (как осознаваемые, так и неосознаваемые человеком на данном этапе его жизни или в данных обстоятельствах) представляют собой систему рефлексов.

Для более глубокого обсуждения этого механизма рассмотрим два существенных обстоятельства.

Первое — самые общие принципы системы. Любая система (раскрывает ли она содержание тех или иных изменений в неживой или живой природе, в жизнедеятельности организма животных или человека, в биологических или психических актах, в индивидуальной или общественной деятельности) никогда не ограничивается односторонней связью внутри себя. Она всегда (и без этого не может существовать никакая система) представлена прямой и обратной связью (схема 1).

Вечное и бесконечное взаимодействие прямой и обратной связи, которое обеспечивает качество любой системы, царит и в сложных механизмах психической деятельности.

Второе обстоятельство — механизм образа. По мнению А. А. Ухтомского (1875—1942), образ представляет собой универсальную модель первичного психического действия (субъективного), поэтому механизм формирования образа по существу раскрывает не только сущность са-

мого частного образа, но и психического явления в целом.

«Всякий интегральный образ,— писал А. А. Ухтомский в работе „Доминанта и интегральный образ,"—которым мы располагаем, является достаточным продуктом пережитой нами доминанты. В него отлилась совокупность впечатлений, приуроченных к определенной доминанте, которая имела в нас свою историю. По этим остаточным продуктам прежняя доминанта может быть восстановлена до большей или меньшей полноты. Когда прежняя доминанта восстанавливается по своим кортикальным компонентам, она может быть пережита экономически как мимолетное «воспоминание» с ничтожной инерцией. И тогда она без изменения, как постоянный и однозначный интегральный образ, скроется опять в складках памяти. Но она может быть восстановлена и пережита вновь с почти прежней полнотой, с оживлением работы во всей соматической констелляции. Тогда она вновь надолго занимает своей инерцией работу центров, подбирает вновь биологически интересные для нее раздражения из новой среды и обогащает мозг новыми данными... Старая доминанта возобновляется или для того, чтобы при новых данных обойтись при помощи старого опыта, или для того, чтобы по новым данным переинтегрировать старый опыт»[1] (подчеркнуто нами.— Г. У.).

Схема 1. Системы.



Обозначения: ц

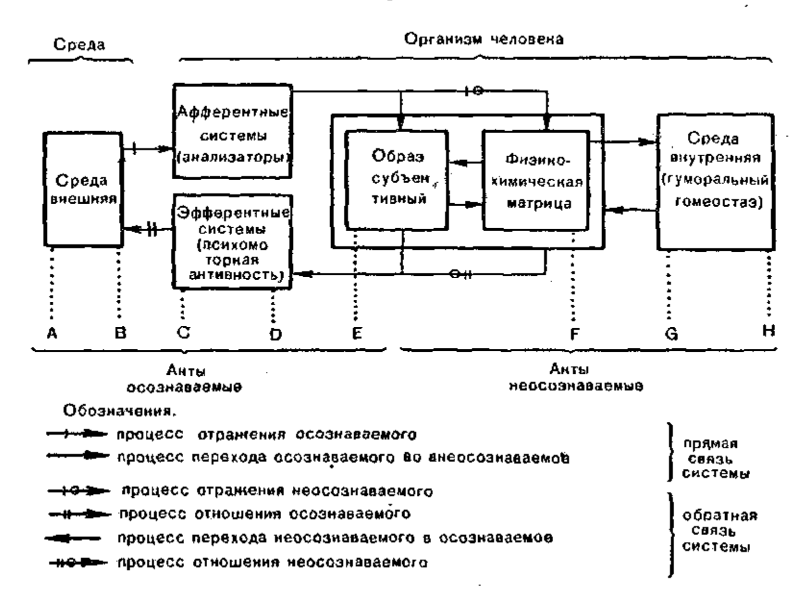
BB прямая связь; I) обратная связь; А,Б,В—подсистемы

В приведенном положении привлекает не только оригинальность подхода А. А. Ухтомского к познанию механизма образа с позиций учения' о доминанте. Огромное значение имеет мысль о том, что хранилищем субъективного опыта служат старые доминанты в единстве их психического и физиологического, которое обеспечивается соответствующей «соматической констелляцией». Эти хранилища аккумулируют осознанную информацию в физико-химических матрицах — биологической основе психи-

[1] Ухтомский А. А. Собр. соч., т. I.—Л., 1950, с. 195.

Чсского, субъективного акта. Информация таким путем на время накапливается в «складках памяти» в неосознаваемой форме (схема 2).

Схема 2. Система внешняя среда — человек.



В этом сложном процессе существует единство взаимодействия между информацией осознаваемой и неосознаваемой. Последняя обогащает всякий новый сознательный акт, обеспечивая ему по мере повторения все большую легкость образования, отточенность, наиболее экономное и совершенное возникновение в виде «мимолетного» воспоминания «с ничтожной инерцией». Уровни неосознаваемости данного психического действия тем более глубоки, чем больше автоматизировано это действие и чем более полно формула его закреплена в физико-химической матрице — «соматической констелляции» (А. А. Ухтомский).

Таким образом, сложная система внешняя среда — человек содержит в качестве прямой связи отражение действительности, а обратной — активное выражение отношения к ней. Однако, как это свойственно любой сложной системе, в ней схематически можно выделить по крайней мере четыре обязательные подсистемы: внешней среды (АВ), прямой и обратной афферентации (СВ), образ-матрицы (ЕБ) и гуморального гомеостаза (СН).

Как прямая, так и обратная связи системы внешняя

среда — человек представлены сложным взаимодействием прямых и обратных связей в подсистемах. При этом ведущим критерием системы служит единство взаимодействия подсистем при одновременном единстве взаимодействия прямой и обратной связей. Один из всеобщих механизмов аномалий психической деятельности в связи с этим проявляется нарушением системогенеза: взаимодействия подсистем, составляющих систему, и взаимодействия между прямой и обратной связью (между отражением и отношением). Этим определяется один из принципиальных механизмов «конфликта», независимо от того, происходит он в психической осознаваемой или неосознаваемой области. Если в первом случае он всегда зарождается вовне, в сфере общения человека с окружающей физической и особенно общественной действительностью, то во втором — внутри, главным образом в сфере подсистемы образ-матрица. Принципиальное единство механизма «конфликта» в этих двух сферах раскрывает широкие возможности для достижения обобщенного эффекта действия от применяемых лечебных воздействий как на соматическое, так и психическое состояние человека.

Концепция гомеостаза (постоянства внутренних сред), сформулированная физиологом Кенноном (1871 — 1945), исходит из того, что каждый механизм «приспособлен» к своей цели. Последйяя в свою очередь всегда состоит в поддержании значений некоторых важнейших переменных в пределах физиологически допустимых границ. Эти механизмы обусловливают деятельность всей нервной системы и в первую очередь вегетативной.

Те психические процессы, которые следует рассматривать как неосознаваемые («бессознательные»—термин весьма неудачный), никогда не возникают первично. Они всегда порождаются предшествующим активным многократным осознаванием, а кроме того, сами позднее обеспечивают более высокий уровень сознательной психической деятельности. Проблема «бессознательного» особенно актуальна для медицинской психологии, поскольку в содержании последней соматические и психосоматические влияния занимают наиболее значительное место.

В свое время Л. Фейербах тонко подметил, что человеческое отражение отличается от отражения животных тем, что человек способен отражать как сущность других объектов, так и свою собственную; способен вступать в универсальные отношения с космосом. Универсальность человеческого отношения имеет сознательный характер, сознание же существует лишь тогда, когда субъект способен понять свой род, свою природу.

Схематически можно представить три основных направления психических действий: вовне, в обстоятельства,

окружающие человека (отражение внешних событий и отношение к ним), и внутрь, в сферу изменений, происходящих в организме (на область телесных, в том числе висцеральных, системно-органных" изменений, либо на сложное состояние и бесконечные изменения психических процессов). В результате все три сферы такой направленности становятся объектом отражения в сознании, тогда как сами они доступны активному субъективному контролю и управлению (коррекции). Не случайно в клинической практике получил признание взгляд Вернике о трех видах ориентировки человека. Ориентировке аллопсихической (аллос — внешнее) —>• в окружающих предметах и событиях; соматопсихической — в состоянии собственных телесных изменений и аутопсихической — ориентировке в собственном «Я», в своих психических процессах.

Сложная интеграция психикой внешних и внутренних влияний, всегда сохраняющих единство и взаимопроникновение, по существу определяет целостное самоощущение, самочувствие здорового и больного человека. У людей любые внешние воздействия (физические, биологические, общественные) всегда опосредуются через внутренние особенности, внутренний «опыт» организма и в первую очередь через психику и сознание.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И СИСТЕМАТИКА БОЛЕЗНЕЙ

Любая болезнь, какую бы часть тела, систему или орган она ни захватывала,. всегда является болезнью не отдельного органа, не отдельной системы, а всего организма. Не случайно в медицине»исторически закрепилось правило: лечить следует не болезнь, а больного. Вместе с тем и до настоящего времени медицина строится преимущественно на принципах органной или системной патологии (болезни сердца, легких, желудка, почек и др.; болезни сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, нервной системы и др.).

Такому делению способствует ряд обстоятельств: сила традиций в делении болезней; сложившаяся система специализации врачей в связи с различием используемых приемов и методов исследования и лечения болезней; относительная методическая простота укоренившегося деления; специализированный набор технических устройств, требуемых при определенных болезнях (например, в хирургических, травматологических отделениях); различие эпидемиологических форм защиты (например, для больных с острозаразными болезнями) и др.

Несмотря на сохраняющийся органо-системный принцип деления внутренних болезней, современные клиници-

сты изучают и лечат не болезни систем и органов, а больного.

В связи с продолжающимся дроблением болезней и специальностей общее"* правило лечить больного, а не болезнь становится особенно важным медико-психологическим принципом деятельности любого врача независимо от его узкой специальности (например, кардиолог, уролог, дерматолог, офтальмолог и др.).

При всем том в практической медицине сложилось и иное деление болезней, рассмотрение которого представляется существенным для понимания некоторых сторон медицинской психологии.

Весьма условно все болезни делят на:

а) «соматические», «внутренние» болезни, при которых патологические изменения происходят в органах и системах человеческого тела. При этом не рассматривают причины болезненных изменений, хотя существует тенденция выделять болезни собственно соматические и болезни инфекционные или болезни собственно соматические и болезни эндокринные и др. Нетрудно видеть, что это деление весьма условно, поскольку основанием для него становятся самые различные критерии (например, цирроз печени может быть соматической болезнью, следствием вирусного гепатита — проявлением инфекционной болезни, результатом экзогенной, в частности алкогольной, интоксикации и др.);

б) «нервные» болезни в XIX веке были выделены из «внутренних болезней» в самостоятельную группу. Главным обоснованием этого послужили особенности патологии. В отличие от соматических, преимущественно «органных» форм патологии, нервные болезни в основном имеют характер системных. При этом имеется в виду повреждение (нарушение) тех или иных морфофункциональных систем, составляющих единую нервную систему. Особенность нервных болезней состоит, в частности, в том, что в основе их лежат нарушения афферентной (приводящей, чувствительной) или эфферентной (отводящей, двигательной) проводимости в нервных путях, вызванные повреждениями самих проводников на разном их уровне или повреждением центральных (церебральных — мозговых) центров их проекции. Нервные болезни, следовательно, представляют собой болезни центральной и периферической нервной системы. Нервные болезни также объединяют формы патологии с различной этиологией (сосудистой, дегенеративной, инфекционной и др.);

в) «психические» болезни в истории врачевания вначале отделились от «соматических» вместе с «нервными», а позднее были выделены в самостоятельную группу. В странах немецкого языка и по настоящее время полного

разделения нервных и психических болезней не произошло.

}Цак любой другой орган организма, головной мозг имеет биологические (физиологические) функции. Изучение их у подростков, с раннего возраста вскормленных в логове животных (вне общества людей), обнаружило все типичные биологические качества, определяемые современными методами. В то же время признаков человеческой психики у таких детей и подростков не было выявлено.

Отличие психических болезней и состоит в преимущественном расстройстве специфически-человеческих, идеальных, субъективных, рассудочных форм деятельности человека, которые находят выражение в изменениях продуктивности целенаправленной деятельности его, изменениях полноты, последовательности и адекватности психомоторики, содержания мимики, пантомимической выразительности, в неадекватных оценках окружающего и изменений, происходящих в самом себе, и, наконец, в субъективном переживании утраты былого самочувствия и смены его новыми состояниями. Все эти расстройства, естественно, имеют в своей основе сложные биологические (физиологические) изменения, которые в деталях изучены еще недостаточно.

В целом психические болезни представлены: а) формами «большой психиатрии» — психозами и б) формами «малой . психиатрии», или «пограничными нервно-психическими расстройствами» — аномальными реакциями, неврозами, аномальными развитиями и психопатиями.

С позиций целостного понимания организма человека вместе с ближайшим его окружением (И. М. Сеченов) следует считать, что каждая рассмотренная группа болезней отражает реальность лишь в том случае, если речь идет преимущественно о «соматических», преимущественно о «нервных» и преимущественно о «психических» болезнях. В противном случае эти термины приобретают метафизический характер.

Вместе с тем эта модель позволяет глубже понять соматопсихические и психосоматические влияния, которые при некоторых болезнях могут выступать особенно отчетливо.

ВЕДУЩИЕ КРИТЕРИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

В преамбуле **Устава** Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) приведено наиболее полное и точное определение понятия «здоровье»: состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, душевное

и социальное благополучие. Для здоровья наиболее типичны следующие главные признаки: структурная и функциональная сохранность систем и органов человека; индивидуальная высокая приспособляемость организма к типичной для него физической и общественной (социальной) среде и, наконец, сохранность привычного самочувствия, которое всегда оказывается наиболее тонким барометром душевного и социального благополучия.

Вопрос о конкретных критериях психического здоровья изучен еще далеко не полно. В самых общих чертах к ним правомерно в первую очередь относить: причинную обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность; соответственную возрасту человека зрелость чувства; максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности, гармонию между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней; соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражений; критический подход к обстоятельствам жизни; способность самоуправления поведением в соответствии с нормами, установившимися в разных коллективах; адекватность реакций на общественные обстоятельства (социальную среду); чувство ответственности за потомство и близких членов семьи; чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах; способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций; самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных его членов; способность планировать и осуществлять свой жизненный путь и др.

Глава IV

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ СОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ ВЗАИМОВЛИЯНИЯ И БОЛЕЗНЬ

Возможность соматопсихических и психосоматических взаимовлияний установлена давно. Однако в последнее время эта проблема приобрела такое значение, что ее следует рассмотреть специально. Основанием для этого служат в первую очередь поиски путей научной оценки механизма и роли таких влияний.

Известно, что жизнерадостные люди, оптимисты, брызжущие весельем, юмористически оценивающие жизненные ситуации, меньше болеют и дольше живут.

Известно также, что раны у воинов заживают несомненно быстрее, если их воодушевляют благородные величественные идеи, сопровождаемые подъемом настроения.

Психосоматические взаимовлияния, так же как психосоматические болезни, представляют собой объективную реальность. Поэтому особенно необходимо правильно понять их механизмы, хотя многие из них наукой еще не раскрыты. Эксперименты на животных позволяют приблизиться к пониманию сущности расстройств, возникающих в результате таких влияний.

Портер с сотрудниками проследил роль «психического напряжения» в опыте на обезьянах. Их попарно закрепляли в креслах с таким расчетом, чтобы «активная» обезьяна из каждой пары нажимала на специальный рычаг, что позволяло ей устранять повторяющийся электрический разряд, который одновременно раздражал как ее собственную ступню, так и ступню напарницы. Опыт продолжался круглосуточно по 6 ч с паузой такой же продолжительности. «Активная» обезьяна быстро адаптировалась к условиям опыта и в результате умело избегала действия электрического разряда, своевременно нажимая на рычаг. В связи с этим, однако, в ее нервной деятельности нарастало и удерживалось сильное напряжение. В то же время у «пассивного» напарника признаков такого напряжения установить не удалось. Непрерывный трехнедельный эксперимент привел к тому, что у двух «активных» обезьян возникла язва двенадцатиперстной кишки, которая в одном случае подверглась прободению, что привело к смерти. У их партнеров по парам никакой патологии не было выявлено.

Широкую известность приобрели аналогичные наблюдения, выполненные в опытных условиях для уточнения значения «психического перенапряжения» в происхождении артериальной гипертензии. Для этого в Сухумском обезьяньем питомнике самку, до того длительно проживавшую в одной клетке с самцом, пересадили в соседнюю клетку. Затем подсадили другого самца, который начал активно ухаживать за ней на глазах у ее бывшего «супруга». Длительное яростное «возмущение» последнего привело к резкому стойкому нервному перенапряжению, а вскоре и к значительному повышению артериального давления.

Клинические наблюдения, которые послужили крупнейшему советскому терапевту Г. Ф. Лангу (1875—1948) основанием для утверждения значения психического перенапряжения, угнетения психики в патогенезе грудной жабы и гипертонической болезни («кардиалгический невроз», по Г. Ф. Лангу), нашли экспериментальное подтверждение на разных опытных моделях. Другой крупнейший

советский клиницист — А. Л. Мясников (1899—1965) намеренно называл гипертоническую болезнь «неврозом мозговых сосудистых центров», желая тем самым подчеркнуть ее центральное, кортикальное, психогенное происхождение.

Современные физиологические исследования и наблюдения на людях' позволяют детально проследить некоторые формы психосоматических влияний, которые, в частности, были широко обсуждены на симпозиуме по проблеме «Обществб, стресс и болезнь», проведенном ВОЗ **в** 1970 г. **в** Стокгольме.

Слцжные жизненные ситуации и соответствующие им переживания человека могут существенно изменять функцию желудка. Страх, массивные психические потрясения, депрессивные переживания приводят к его гипофункции; наоборот, возмущение, гнев чрезмерно усиливают деятельность желудка. На больных, которым была наложена фистула желудка, изучали изменения, происходящие в слизистой оболочке его при нарушениях психики испытуемых. Оказалось, что в состоянии массивного разочарования и подавления душевных конфликтов повышение активности деятельности желудка сопровождается гиперемией и отеком слизистой оболочки. Если такие состояния задерживаются на длительный срок, то ломкость тканевых мембран возрастает, а повторные, даже незначительные, психические травмы приводят к появлению эрозий слизистой оболочки и точечных кровоизлияний.

Особенно быстро и тонко реагирует на конфликтные ситуации толстый кишечник. Давно известная в простонародье «медвежья болезнь» — понос в острых, жизненно опасных обстоятельствах—получает в настоящее время научное объяснение.

Различают три типа деятельности толстого кишечника:

1) двигательную активность, в частности перистальтику правого при одновременном длительном укорочении и сужении левого его участка;

2) усиление всасывания воды в результате тонических сегментарных сокращений кишечника;

3) понижение двигательной активности толстой кишки, которое сопровождается расслаблением мускулатуры и расширением просвета ее на всем протяжении.

Изучение влияния психических конфликтов и психиче-' ского перенапряжения на деятельность толстого кишечника показало, что в состояниях острого страха и при конфликтах происходит чрезмерное усиление двигательной активности кишки, нижний участок ее приобретает форму короткой, узкой плотной трубки. В связи с этим ограничивается всасывание воды из кишечника, а перепол-

нение его жидким содержимым вызывает позывы на опорожнение. В итоге — понос.

При депрессиях и длительном стойком снижении настроения чрезмерное всасывание воды приводит к снижению двигательной активности кишки, обезвоживанию ее содержимого и как следствие к запорам.

Советский психиатр В. П. Протопопов еще в начале 20-х годов показал на основании клинических наблюдений наклонность депрессивных больных к запорам.

Третий вид нарушений — гипотония кишечника — падение его двигательной активности, также типичен для лиц в состоянии депрессии с выраженной психомоторной заторможенностью.

В опытах на собаках была установлена зависимость изменений функции почек, в частности мочеотделения, от состояния «психического напряжения» животных.

Из клинической практики известны изменения при душевных волнениях частоты пульса, артериального давления, частоты и объема дыхания, скорости кровотока, интенсивности потоотделения и многих других вегетативных реакций. Не менее убедительны значительные нарушения обмена веществ, особенно секреции адреналина, и связанные с этим изменения обмена тирозина и его производных, имеющие то преходящий, то резко выраженный стойкий характер.

В результате новых исследований удалось установить связь между особенностями характера, типами личностного реагирования и метаболизмом биологически активных веществ — иными словами, между явлениями психическими и соматическими, идеальными и обеспечивающими их материальными, социальными и биологическими, как у практически здоровых лиц, так и при нервно-психических расстройствах. Вариантом таких связей является диссоциация потребностей, мотивов и целей деятельности, что приводит к изменениям уровня тревожности. Ситуация психического напряжения вызывает нарушение метаболизма нейромедиаторов.

Психосоматические и соматопсихические влияния иногда властно преображают привычную деятельность человека, вступая в противоборство даже с инстинктом самосохранения. Французский врач Лобри описал крупного военачальника, который повел в атаку часть и в это время у него неожиданно наступил приступ сердечной боли. Несмотря на прямую опасность погибнуть от пули и снарядов противника под шквальным обстрелом, он остановился и застыл, пока не прошел приступ и боль не отступила. Одна наша больная, описывая глубину «душевной боли», которая неоднократно возникала у нее на высоте тоски, сообщила, что такая боль не имеет аналогий в хирургиче-

ской практике. Даже когда раненому без наркоза ампутируют конечность, он, полный страданий, молит врача выполнить операцию, чтобы сохранить ему жизнь. «Душевная боль» при тоске настолько глубока и мучительна, что депрессивному больному иногда легче расстаться с жизнью. И это действительно так: потерять самое дорогое — жизнь для такого человека легче, чем страдать от «душевной боли».

Кеннон наблюдал в Центральной Африке племя, которое на протяжении многих поколений существовало изолированно. В связи с этим между членами его традиционно, сложилась такая сила привязанности, что самым страшным наказанием оказывалось отлучение от племени. Оно становилось такой катастрофой для психики отреченных, что все они через несколько дней погибали без каких бы то ни было признаков насилия со стороны. Кеннон назвал эту смерть по имени племени «смертью вуду» и считал, что в основе ее лежит катастрофическая перестройка жизнедеятельности, гибельная для организма, причиной которой служит страх последствий отлучения — изоляции, гибельного одиночества.

Сила творческого воображения настолько велика, что может приводить к сложнейшим телесным изменениям, отчетливо фиксируемым и точно идентифицируемым воображением человека. Известно, как французский писатель Флобер в пылу творческого вдохновения, охваченный описанием отравления героини своего романа мышьяком, так ярко вообразил появление признаков отравления, что многие из них возникли у него самого.

Таким образом, факты не только убедительно подтверждают существование психосоматических и, как было сказано ранее, соматопсихических влияний, но и приближают нас к познанию сложных закономерностей, лежащих в их основе. Не случайно в новых определениях болезни все более настоятельно подчеркивается роль психического фактора. Болезнь, по В. X. Василенко, всегда и повреждение систем организма, влекущее нарушение целостности, жизнедеятельности организма, и психическое страдание (переживание).

Выделение из многочисленных болезней внутренних органов так называемых психосоматических болезней весьма условно. Однако следует полагать, что при некоторых соматических болезнях значение психического фактора, психического перенапряжения, психологических конфликтов настолько велико для их возникновения и развития, что они могут и должны быть отнесены к группе психосоматических болезней. Специальный генез этих болезней определяет как своеобразие их клиники и механизма развития, так и особенности профилактики и

лечения. А профилактика была и всегда будет альфой и омегой советской медицины.

К Так называемым психосоматическим болезням правомерно относить спастический колит, пептическую язву, бронхиальную астму, эссенциальную гипертонию, ревматоидный артрит, гипертиреоидизм, экзему и др. Психосоматический генез этих болезней наиболее демонстративен в первый функциональный период развития. Чем длительнее протекает болезнь, тем при прочих равных условиях больше малообратимых расстройств обнаруживается в ее клинике. Такая тенденция, однако, специфична не только для так называемых психосоматических, но практически для всех внутренних болезней с затяжным течением.

КРИТИКА ИДЕАЛИСТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Психосоматика получила в настоящее время особенно широкое распространение в буржуазных странах Европы и Северной Америки. Развитие ее фактически происходило одновременно со становлением психоанализа. Не случайно поэтому значение фрейдизма как теоретической основы современной психосоматики.

Основная цель психосоматической медицины — изучение болезней, в происхождении которых ведущее значение принадлежит психосоматическим влияниям — является современной и актуальной. Более того, как было показано ранее, и психосоматические, и соматопсихические взаимовлияния представляют собой объективную реальность, а вычленять из обилия внутренних болезней психосоматические болезни вполне оправданно. И вместе с тем советская медицина не приемлет идеалистические, психоаналитические принципы психосоматической медицины, так как идеалистическая трактовка фактов часто порождает реакционные, антигуманистические выводы, по существу оправдывающие буржуазную действительность.

Психосоматическая медицина исходит из того, что поступки и действия человека детерминированы не окружающей социальной средой, а свойственными человеку инстинктами, агрессивными тенденциями, которые, лишь усиливаются и обостряются современной цивилизацией. В основе этого положения лежит концепция Фрейда о том, что психические силы создают и определяют само общение людей, так же как всю социальную организацию. Утверждается, следовательно, примат внутреннего («инстинкты», «агрессивные тенденции», «психические силы» и др.), идеального, а не внешнего, материального. Учение Фрейда, его психоанализ представляет основную методологическую платформу психосоматики. В соответствии с

этой концепцией источник болезней состоит в «вытеснении сексуальных влечений». Смыслом жизни, по мнению психоаналитика Джеллифа, является смерть. Сознание, в том числе сознание болезни в соответствии с положениями ницшеанства, представляет собой выявление «бессознательных сил и влечений». Детские болезни оказываются Порождением «неосознанной ненависти детей к родителям». В связи с этим клиническая нозология оказывается низвергнутой, а ее место в психосоматической медицине вновь занимает симптоматологическое направление в худшем его выражении, поскольку сущность симптомов трактуется с позиций психоанализа. Так, в основе рвоты английские психосоматики Инглиш и Вейс видят «неприемлемость психической ситуации», а расстройства пищеварения составляют, по их мнению, невозможность «переварить обстоятельства жизни». Приступ бронхиальной астмы, по мнению Френча и известного американского психосоматика Александера, представляет собой «заторможенный приступ плача», с помощью которого больной «призывает материнскую помощь» и др. Критикуя фрейдизм и его представителей (Клапареда), И. П. Павлов говорил, что тут дело не в незнании, нет, несомненно, это «особая порода людей, это особенная область», где мысль настоящая не имеет хода, а постоянно закапывается «черт знает во что».

По мнению португальца Фронтеса, деградация детей, происходящая в капиталистическом обществе, меньше всего обусловлена внутренними особенностями капиталистического строя, а вызвана «комплексом Эдипа». Психосоматическая медицина не только идеалистически трактует клинические факты, но и активно уходит от обсуждения значения в происхождении болезней классовых противоречий.

Концепция «профиля личности», разработанная одной из ведущих представительниц и крупным теоретиком психосоматической медицины Ф. Данбэр (1902—1959), посвящена важному вопросу о значении особенностей преморбида в возникновении и клиническом оформлении болезни. Однако под влиянием того же фрейдизма эта концепция раскрывает обсуждаемый вопрос узко, односторонне и формально сводит отдельные психосоматические болезни к количественным изменениям преморбидных качеств личностей определенного типа. Внутри таких «профилей личности» описаны, в частности, «коронарный тип», «язвенный тик», «астматический тип». Тщательное изучение изменений психики при бронхиальной астме и язвенной болезни, выполненное сотрудниками нашей клиники, показало необоснованность концепции «профилей личности» Ф. Данбэр-

Таким образом, существование в современной медицине направления, которое придает важное значение взаимосвязи психических процессов и соматических функций, следует не только признать, но и приветствовать. Многие новые клинические факты и адекватные действительности опытные заключения о механизмах психосоматических влияний, полученные представителями зарубежной психосоматической медицины, безусловно обогащают современную медицинскую науку, физиологию и биологию. Однако толкование полученных фактов с позиций всех разновидностей фрейдизма, экзистенциализма, прагматизма и других субъективно-идеалистических концепций не только не способствует формированию психосоматики как научного направления современной медицины, но и делает ее в целом неприемлемой для советской клинической медицины и передовой системы здравоохранения.

ПСИХОЛОГИЯ СОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Любую болезнь распознают на основании объективных признаков (симптомов), объединяемых в комплекс симптомов (синдромы). Закономерная последовательная смена синдромов определяет клинику и особенности течения болезни. Среди составляющих болезнь синдромальных картин постоянно сосуществуют признаки соматического неблагополучия и симптомы изменения психики. Поэтому раздельный анализ особенностей клиники соматических расстройств, или нарушений психики, оказывается весьма условным. Лишь методически, для лучшего, более полного усвоения он может быть оправдан.

При органических поражениях центральной нервной системы, эндогенных психических болезнях и нейроинфекциях (бешенство, столбняк и др.) расстройства психики обусловлены стойким и глубоким повреждением мозга, при острых инфекционных заболеваниях и массивных экзогенных интоксикациях (алкоголем и другими ядами) нарушения психики вызваны преходящими изменениями деятельности головного мозга.

Вместе с тем появление нарушения психики при соматических болезнях не ограничивается этими двумя механизмами. Любая болезнь, даже если она не сопровождается разрушительными изменениями мозговой деятельности, обязательно видоизменяет психику больного вследствие появления новых, отсутствовавших до болезни форм реагирования больного на болезнь. В этих случаях речь идет о влиянии страхов, беспокойств, волнений больного за исход болезни (своеобразных аутопсихогений) на его личность. Такое беспокойство имеет, как правило, сложный характер и включает опасения сугубо индивидуаль-

ные (чем мне угрожает болезнь.?), которые всегда и тесно взаимосвязаны с опасениями, имеющими общественный (социальный) характер, в связи со сложившимся в обществе отношением к'данной болезни, с особенностями ее социального звучанил. Последний вариант опасений наиболее ярко выступает при заразных, социально опасных болезнях (чума, холера, сифилис, туберкулез и др.).

В клинической картине болезней каждая из этих особенностей опасений больного может приобретать качественно различное значение. Даже банальная ангина у члена семьи, в составе которой имеются дети, подвержен-; ные инфекционным болезням, сопровождается не только индивидуальными опасениями, но и беспокойством за возможное ее «общественное звучание» внутри семьи, школы, которую посещают дети, и других коллективов.

Во всех этих случаях общий механизм возникающих изменений психики принципиально одинаков. Нарушение в результате развивающейся соматической болезни установившегося в организме постоянства (гомеостаза) деятельности систем и органов сопровождается изменением характера нервной импульсации, поступающей от таких систем (органов) в головной мозг, изменением висцерально-церебрального (соматопсихического) равновесия. В итоге меняются физиологические параметры высшей нервной деятельности, что собственно и составляет физиологический механизм отклонений в психической деятельности.

Описанные изменения соматопсихического равновесия никогда не бывают, однако, столь прямолинейно односторонними. Если их рассматривать как прямую связь в системе, то последней всегда сопутствует и обратная связь. Особенности взаимодействия прямой и обратной связи по существу и создают единство клиники соматической болезни. Более того, обратная связь привносит новые качества, видоизменяя соматопсихическое равновесие в целом и, в частности, специфику психики больного.

Психическая деятельность, как было сказано ранее, проявляется.вовне в результате предшествующего сложного субъективного опыта человека. Естественно, что в основе субъективных категорий лежат сложные физиологические процессы. Последние обеспечиваются не менее сложными химическими изменениями жизнедеятельности организма, и в первую очередь центральной нервной системы. Таким образом, психический акт всегда сопровождается, видимо, специфическими для него физико-химическими сдвигами в организме, которые, меняя гомеостаз (постоянство) метаболических процессов, развертываются в микроинтервалах времени и пространства. В этом собственно и состоит внутреннее единство субъек-

тивного и объективного, психического и физиологического, психического и физического, а также диалектика психофизических, психосоматических влияний.

Эти влияния всегда имеют в своей основе сложный безусловно- и условнорефлекторный механизм. Исследованиями И. П. Павлова и его школы особенно обстоятельно доказано, что ведущую роль в осуществлении соматопсихических и психосоматических взаимовлияний принадлежит рефлекторным нейрогуморальным, нейровисцеральным и висцероцеребральным сдвигам.

Крупным советским невропатологом, нейрофизиологом Н.'Й. Гращенковым (1901-—1965) с сотрудниками было показано, что при психогенных болезнях расстройства функции внутренних органов могут возникать в результате действия психотравмирующего фактора на гипоталамус и на другие образования мозга. Об этом свидетельствует тот факт, что в клинике психогенных болезней, и в первую очередь неврозов, приходится часто наблюдать многочисленные вегетативные (висцеральные) расстройства: изменения артериального давления, ритма дыхания, ритма сердечной деятельности, дистонии органов желудочно-кишечного тракта и др.

При острых и массивных изменениях психики (например, в состоянии страха в связи с неожиданно возникшей внешней ситуацией катастрофической угрозы жизни) резкий рефлекторный кортико-висцеральный сдвиг немедленно порождает не только метаболические, но и собственно висцеральные, вегетативные изменения, вплоть до спазма кровеносных сосудов, бронхов, кишечника со всеми вытекающими отсюда последствиями для организма, его систем и органов, в том числе для самочувствия человека. При этом, естественно, особенно существенные сдвиги происходят в. наиболее реактивных системах организма, а декомпенсации в первую очередь следует ожидать от систем и органов, составляющих locus minoris resistentia — место наименьшего сопротивления.

Иллюстрацией может служить наблюдение английского врача Дональда Рея. Во время второй мировой войны в Англии психические срывы чаще наблюдались не у пилотов и штурманов самолетов, которым объективно угрожала большая опасность, а у стрелков-радистов, находившихся в хвостовой части самолета. При изучении причин этого выявились три обстоятельства, которые и позволили понять это на первый взгляд парадоксальное явление. Оказалось, что отбор в группу стрелков-радистов производился не по позитивным показателям, а по негативным: всех тех, кто не подходил к должности летчика или испытывал страх перед вождением боевого самолета, зачисляли в стрелки. Последние обычно оказывались

менее компетентными, чем летчики. Важно подчеркнуть и то, что стрелки-радисты знали статистику, из которой следовало, что во время аварий самолетов чаще погибали люди, размещенные в хвостовой части самолета. Существенным оказалось и то психологическое обстоятельство, что в отличие от других членов экипажа стрелок-радист всегда находился в одиночестве, изолированно от сплоченного боевого коллектива самолета.

Из приведенного анализа особенно наглядно выступает тесная связь, существующая между внешними ситуациями, особенностями психики и психологии стрелков-радистов и формированием у них массивных нервно-психических срывов, в клинической картине болезни которых наблюдались и соматические неблагополучия.

Сложность подавляющего большинства аналогичных обстоятельств настолько велика, что возникают трудности углубленного анализа взаимодействия всех составляющих их элементов, в частности внешних проявлений болезни и внутреннего переживания.

Не случайно в последние годы все более настойчиво говорят о «сознании болезни», о «внешней» и «внутренней» ее картинах. Если «внешняя» картина болезни обычно соответствует традиционной клинике того или иного заболевания, а методами распознавания служат давно установившиеся приемы, такие, как перкуссия, аускультация, пальпация и все современные параклинические методы исследования, то «внутренняя» картина нуждается в специальном обсуждении.

Сознание болезни (Е. К. Краснушкин) или внутренняя картина болезни (Р. А. Лурия) — наиболее распространенные понятия. Вместе с тем, если Е. К.-Краснушкин пользовался в этих случаях терминами «сознание болезни», «представление болезни», а Е. А. Шевалев- «переживание болезни», то немецкий интернист Гольдшейдер писал об «аутопластической картине болезни», выделяя две взаимодействующие стороны: сенситивную (чувственную) и интеллектуальную (рассудочную, интерпретативную), Шильдер же писал о «позиции» в отношении болезни.

Содержание обсуждаемого вопроса наиболее полно раскрывается в термине «сознание болезни».

Взаимоотношение между объективным содержанием болезни и сознанием ее раскрывается более наглядно на относительно простой модели. Резаная рана на ладонной поверхности последней фаланги указательного пальца правой руки. Поверхность ее чистая, кровотечение прекратилось быстро. В общем это довольно обыденное и, как правило, безобидное повреждение тканей. Вместе с тем внешняя однотипность такой раны у разных больных

сопровождается неодинаковой оценкой, сознанием ее: от полного душевного покоя и равнодушного отношения, восприятия такой раны как незначительного, преходящего явления до панической охваченности страхом с утрированным средоточием внимания на ней и обилием сопутствующих вегетативных расстройств.

У одного из наших больных наблюдалась именно такая неуемная реакция на описанную рану. Его воображение рисовало картины катастрофы, вначале из-за «возможности повторного кровотечения», а позднее в связи с «возможностью заражения столбняком». На протяжении недели, когда уже исчезли следы самой раны, в болезненно измененном сознании его продолжали сменяться представления о катастрофических последствиях одно страшнее другого.

Совершенно иным было осознание травмы у другого больного, которого пришлось наблюдать во время войны. Он прибежал и оживленно, настойчиво доказывал, что их соседу — боевому подразделению срочно нужны помощь и подкрепление. Кисть его левой руки в результате травматической ампутации висела на кожном лоскуте, а артерии предплечья в полном смысле слова фонтанировали. Тяжелое ранение было замечено раненым только после неоднократного указания ему на это. Но и затем реакция была необычной: «Оторви, завяжи, мне надо назад, меня там ждут!»

У больных с закрытым переломом костей конечностей без смещения отломков многие обстоятельства болезни оказываются одинаковыми: всегда имеется фактор неожиданности происшедшего и новизны состояния (кроме лиц с повторными травмами), принципиально одинаков биологический механизм травмы. Типы же реагирования на болезнь почти никогда не бывают однозначными и обусловлены разным сознанием болезни и собственного тела, разными, в частности преморбидными, особенностями формирования представлений.

Вопрос содержания и формирования представлений о собственном теле важен не только для оценки зрелости психики индивидуума, носителя такого сознания, но и для правильного понимания ряда существенных медико-психологических закономерностей. Немецкий ученый Пауль Шильдер, начиная с 1914 г., систематизировал сведения по этому вопросу в монографии «Схема тела», которая впервые была опубликована в 1923 г. Он, в частности, показал, что знания и восприятия не являются продуктом пассивного положения тела. Они формируются в ситуации, для которой подвижность составляет необходимую основу. Такая подвижность — сложное образование, отличающееся различными уровнями.

Представление о собственном теле основано не только на ассоциациях, памяти, опыте, но и на намерениях, целях, тенденциях человека. Телесное «Я» человека формируется активно из нужд его личности. Из действий и решений, которые принимает он, в конечном счете слагается и телесное «Я». Движение оказывается тем могучим фактором, который объединяет различные части тела воедино и вместе с тем обеспечивает точные связи жизнедеятельности организма с внешним миром. Иными словами, наше знание о своем теле в первую очередь зависит от активной деятельности.

Боль, дизестезии (извращение чувствительности), ощущение прикосновения руки к телу, различная чувствительность отдельных участков кожи и слизистых оболочек (в частности, эрогенных зон), другие прикосновения к нашему телу служат факторами, играющими важную роль в формировании субъективной картины тела.

Картина тела, по Шильдеру, никогда не бывает изолированной, она всегда включена в картины тела других. Им предложено понятие «репрезентативный ключ». Так, например, представление опасной ситуации является «ключом для сердца», представление недоброкачественной пищи — «ключом для пищеварительных органов». Такой «ключ» закрепляет репрезентативные связи между группами формирующихся представлений, системами и органами человеческого организма. Представление человека о собственном теле находится в постоянном конструировании. Оно создается за счет бесконечных взаимодействий тела с внешним миром путем опосредования психикой, системой представлений, субъективным миром переживаний.

В своих позициях Шильдер исходил из психоаналитической трактовки фактов, что, естественно, существенно снижает полноту и ценность всего учения о «схеме тела». Жизнь, однако, настоятельно диктует всестороннее изучение этого важного вопроса. Фактические же тенденции формирования сознания своего тела и многочисленных изменений, происходящих в нем, показаны Шильдером верно и требуют дальнейшего исследования.

В «сознании болезни» различают ряд существенных взаимосвязанных аспектов.

Во-первых, все новые для индивидуума изменения в организме отражаются в сознании. Со временем, в результате повторения аналогичных ила близких болезненных состояний или затяжного течения болезни накапливаемые в субъективном опыте знания о болезни соотносятся[1], болезнь осознается Все более полно и детально.

[1] Этимология термина «сознание» — соотнесение, «сопоставление» знаний приобретенных в разное время и при р<иных обстоятельствах.

Выдающийся русский клиницист В. А. Манассеин (1841—1901), которого современники не без основания гордо называли «рыцарем врачебной этики», пришел к заключению о психологическом механизме субъективной оценки больным своего состояния. Он считал, что в условиях, когда группа представлений была связана с болезненными явлениями в организме, легко возникает наклонность к тому, чтобы при повторении этих болезненных явлений повторялись и известные представления.

Во-вторых, в непрерывном единстве с таким процессом отражения болезни в сознании больного формируется индивидуальное отношение к происходящим изменениям в организме, к самой болезни, ее возможным индивидуальным и общественным последствиям. Такое отношение вначале находит выражение в особенностях общего субъективного переживания болезни, в изменениях самочувствия больного. Оно может сохраняться лишь в пределах внутренних переживаний или приобретать различные формы выражения вовне (слова, обращения, жалобы, советы, просьбы, действия, поступки, поведение).

Вначале сознание болезни, оказываясь новым опытом для больного, может существенно не преображать психику. Однако, как правило, более или менее длительное отражение (особенно затяжных, инвалидизирующих) болезненных изменений, присходящих во внутренних органах, в сознании и сопутствующее усложнение отношения к болезни привносят преходящие или стойкие изменения в клинику. Эти изменения при одной и той же болезни и при одинаковых объективных сдвигах в системах (органах) организма оказываются различными в связи с двумя главными обстоятельствами: во-первых, преморбидными особенностями психики больного и, во-вторых, особенностями его личности.

Отражение в сознании возникших болезненных изменений во внутренних органах происходит в единстве с формированием отношения больного к ним. И все же, так же как между отражаемым объектом и образом впечатления никогда не бывает тождества, между отражаемым в сознании больного представлением о болезни и объективным характером ее также никогда не возникает полного соответствия. Степень такого несоответствия при разных особенностях психики.больного бывает неодинаковой.

Диапазон вариантов сознания болезни представлен таким обилием, которое по существу включает бесконечное многообразие индивидуальностей людей. На одном полюсе представлены явления *анозогнозии* (в широком понимании этого слова — субъективной недооценки, отрицания объективно существующей болезни), а на другом—явления *гипернозогнозии* (разные фор-

мы субъективной переоценки объективных соматических; расстройств). Между ними находится множество промежуточных состояний сознания болезни. (Л

Анозогнозии (если исключить специальные случаи изнейропсихиатрии, в связи с которыми этот термин был; предложен Антоном), чаще наблюдаются при медленном," постепенном развитии болезней, симптомы которых формируются исподволь, например при хроническом туберкулезе лёгких.

Гипернозогнозии (первоначально этот термин был предложен нами для обозначения одного из вариантов осознавания больными депрессивного состояния), как правило, сопутствуют остро, катастрофически развивающимся соматическим болезням (приступы стенокардии, инфаркт миокарда, пароксизмы желудочных и кишечных болей и др.).

Особенности сознания болезни и **в** первую очередь гипернозогностический вариант его получают выражение не только в содержании переживания болезни, но и в речи, мимике, пантомимике, во всем поведении больного. Они особенно полно представлены **в** жалобах: в их содержании, эмоциональной окраске, степени близости, актуальности для больного. При этом гипернозогнозия, субъективная переоценка тяжести болезни нередко придает жалобам гротескное, преувеличенное, усиленное звучание. Жалобы больного приобретают упорный характер, настойчиво повторяются, несмотря на заверения врача об их необоснованности и неоднократные попытки разубеждения больного.

Так, лица, страдающие язвенной болезнью желудка, охваченные страхом, нередко упорно настаивают на якобы имеющихся у них стойких, истощающих кровотечениях, тогда как при динамическом исследовании содержания гемоглобина в крови не обнаруживается его снижения. Больные гастроэнтеритами долго и упорно заверяют врача **в** том, что их замучила частая, почти непрерывная рвота, хотя объективного снижения массы тела выявить не удается. И. М. Сеченов подчеркивал, что средоточием «темных чувств» часто оказываются органы пищеварения. Некоторые больные с сердечным заболеванием сообщают о мучительных, ни днем, ни ночью не прекращающихся болях **в** области сердца. Вместе с тем выясняется, что, как и до болезни, они вовремя ложатся спать и хорошо спят всю ночь. Задача врача состоит в том, чтобы, используя клинический опыт, путем тщательного сопоставления клинических фактов с особенностями течения болезни строго и объективно оценить такие гиперболы в жалобах больного, а исходя из объективной значимости их — строить тактику своего отношения, так как чрезмер-

Ная заботливость, так же как и недостаточная заоота, Одинаково губительны для больного.

Любому врачу в практической деятельности приходится встречаться с такими клиническими парадоксами, когда обилие жалоб, предъявляемых больным, находится в. ионом противоречии с относительной незначительностью, а иногда и отсутствием объективных расстройств.

В этих случаях болезненная переоценка больным своего состояния выявляет гапернозогнозию в сознании болезни. Образно явления анозогнозии сравнивают с «бегством от болезни», а гипернозогнозин — с «бегством в болезнь», «уходом в болезнь».

«Сознание болезни», «внутренняя картина» ее охватывает, таким образом, все переживания больного, связанные с болезнью. Сюда входят представления о значении для него первых, ранних (инициальных) проявлений болезни; особенностей изменения самочувствия в связи с усложнением расстройств; представление о начинающемся улучшении самочувствия на этапе обратного развития болезни и восстановлении состояния здоровья после ее прекращения; представление о возможных последствиях болезни для себя, семьи, дальнейшей продуктивной профессиональной деятельности; представление об отношении к нему в период болезни членов семьи, сотрудников по работе, медицинских работников. Практически нет таких сторон жизни больного, которые бы не находили отражения в видоизмененном болезнью сознании. Иначе говоря, болезнь — жизнь в измененных условиях, которая должна рассматриваться медицинскими работниками и наиболее полно обеспечиваться помощью как такая видоизмененная жизнь.

Все особенности сознания болезни можно разделить на две группы. **Обычные формы сознания болезни** представляют собой лишь особенности психологии больного человека, а сам он нуждается в повседневном разумном, щадящем подходе врача. Состояния **сознания болезни, сопровождающиеся аномальными реакциями на нее,** выходящими за рамки типичных для данного человека, а тем более порождаемые внутренней болезнью стойкие расстройства психики больного являются.уже **болезненными состояниями психики,** которые дополняют и усложняют клиническую картину основной болезни.

Такие болезненные состояния психики вначале развиваются теми путями, которые были показаны выше (по механизму висцероцеребральных влияний). Позднее, однако, дополнительным поводом для их развития и усложнения становятся внутренние конфликты, возникающие в связи с заболеванием внутренних органов. Наиболее частым психологическим конфликтом в этих случаях оказы-

вается возникающее в ходе болезни несоответствие между сохраняющимися или даже растущими потребностями больного и его сокращающимися возможностями. Этот конфликт, особенно при затяжных и ведущих к инвалидности болезнях, может приобрести сложное содержание. Благоприятные условия, которые создает больному человеку социалистическое общество, естественно снижают интенсивность и пагубные последствия такого конфликта. В то же время в условиях капиталистической действительности угроза обнищания в связи с дороговизной лечения, потери привычной работы, а тем более безработицы непомерно усиливает его. В результате значительно усложняются психогенные расстройства психики больного.

Изменения психики при соматических болезнях весьма многообразны. Их следует рассматривать в двух направлениях:

1) общие особенности изменений и расстройств психики при болезнях внутренних органов;

2) клиника психических расстройств при наиболее распространенных формах болезней.

Первый аспект является предметом обсуждения данной главы, второй же рассматривается в специальном разделе «Частная медицинская психология».

Общие тенденции формирования и клиники расстройств психики определяются особенностями преморбидного состояния существующего до начала болезни соматически больного и характером ведущей причины, их вызывающей.

Схематически по особенностям преморбидного состояния можно выделить три группы лиц.

1. **Психически** больные, находящиеся на разных этапах болезни, у которых болезнь внутренних органов может: а) усилить, усложнить течение психической болезни; б) спровоцировать новый приступ психической болезни или вызвать ее рецидив; в) привести к ослаблению течения основного психического заболевания. Например, некоторые инфекционные заболевания (малярия, возвратный тиф, риккетсиоз Бурнети и др.) могут не только вызвать улучшение самочувствия у больных прогрессивными параличами или шизофренией, но при удачно избранной сопутствующей лекарственной терапии даже привести к стойкой ремиссии (ослаблению) болезни.

Характер психических расстройств в этих случаях определяется не столько спецификой соматического заболевания, сколько особенностями клиники основного психического заболевания, которое является предметом изучения клинической психиатрии.

2. Психопатические личности (личности с аномальными чертами, уродства личности) в разных фазах развития

психопатии. Отмечается следующая закономерность: чем более значительны, массивны аномалии личности, патологические изменения ее, тем с меньшей критикой оценивает больной свою соматическую болезнь и тем ниже становится возможность выбора эффективных форм помощи, и наоборот. Развившаяся соматическая болезнь сопровождается различными изменениями психики:

а) клиническими явлениями утяжеления аномальных проявлений личности;

б) явлениями смягчения аномальных проявлений личности;

в) формированием собственно соматогенных расстройств психики, в содержании которых преобладают те нарушения психики, которые типичны для клиники соответствующего варианта психопатии. Особенности этих изменений клиники психических расстройств являются также объектом специального изучения в клинической психиатрии.

3. **Психически** здоровые **лица.** Особенности психического реагирования их индивидуально неодинаковы в связи с различием личности. Специальному обсуждению значения личности для формирования психических изменений при соматических болезнях посвящена отдельная глава. Такие изменения у преморбидно психически здоровых лиц в основном обусловлены особенностями ведущей причины болезни, которая может быть двоякой:

а) преимущественно соматогенной. В этом случае механизм психических изменений включает преимущественно висцеро-церебральные, соматопсихические влияния и определяется ими. Однако практически такие «чисто» соматогенные изменения психики встречаются редко. Значительно чаще соматогенезу сопутствует психическая травма больного как реакция на основную болезнь;

б) преимущественно психогенной. Она отмечается, как правило, у сенситивных (чувствительных) лиц, когда объективное значение основной внутренней болезни для психики несущественно, а отклонения в психической деятельности обусловлены главным образом массивностью опасений больного или силой психологического конфликта между его побуждениями, потребностями и предполагаемым снижением (вследствие болезни) реальных возможностей. Такая причина во врачебной практике встречается нередко потому, что для больного человека его желания, ожидания часто оказываются субъективно более значимыми, чем само достижение цели. Это особенно относится к лицам, -обладающим так называемым тревожно-мнительным характером.

Клинические варианты изменений психики при сомати-

ческих болезнях в связи с изложенным могут быт систематизированы следующим образом.

1. *Массивные расстройства психики*, появляющиеся, как правило, на высоте болезней, сопровождающихся лихорадкой, которые нередко приобретают характер психоза (соматогенный, инфекционный). Наиболее частой и типичной формой таких расстройств являются состояние делирия, острый страх, дезориентировка в окружающем, сопровождающиеся обилием зрительных иллюзий и галлюцинаций. Подробное изучение этих форм патологии психики входит в задачу клинической психиатрии.

2. *Пограничные формы нервно-психических расстройств* — самая распространенная клиническая картина нарушений психики при болезнях внутренних органов. Они могут быть преимущественно соматического происхождения (неврозоподобные) или психогенного характера (невротические расстройства).

В возникновении невротических расстройств ведущее значение принадлежит психическим травмам или внутренним психическим конфликтам. Они, как правило, появляются на соматически ослабленной (измененной) почве в первую очередь у преморбидно расположенных к психогениям лиц. Клинической их структуре присущи острота, выраженность болезненных переживаний, яркость, образность последних, болезненно обостренное воображение; усиленная фиксация на толковании измененного самочувствия, внутреннего дискомфорта, разлаженности; охваченность беспокойством за свое будущее; сохранность критики, т. е. понимание этих расстройств как болезненных. Невротические расстройства, как правило, имеют временную связь с предшествующей травмой или конфликтом. Содержание болезненных переживаний часто связано с фабулой психотравмирующего обстоятельства. Им нередко свойственно обратное развитие и послабление по мере отдаления времени психической травмы и дезактуализации ее (триада Ясперса). Сопутствующие вегетативные расстройства имеют то же психогенное происхождение. В совокупность их вовлекаются в первую очередь наиболее ранимые звенья вегетативной нервной системы у данного больного.

В происхождении неврозоподобных расстройств, клинически представленных теми же проявлениями, что и невротические, отсутствует первостепенное значение острых психических конфликтов, а ведущую роль играют соматогенные или медленно воздействующие экзогенные факторы (например, алкоголизм). Яркость и образность переживания больного при этом менее выражены, интенсивность фиксации на интерпретации своего состояния

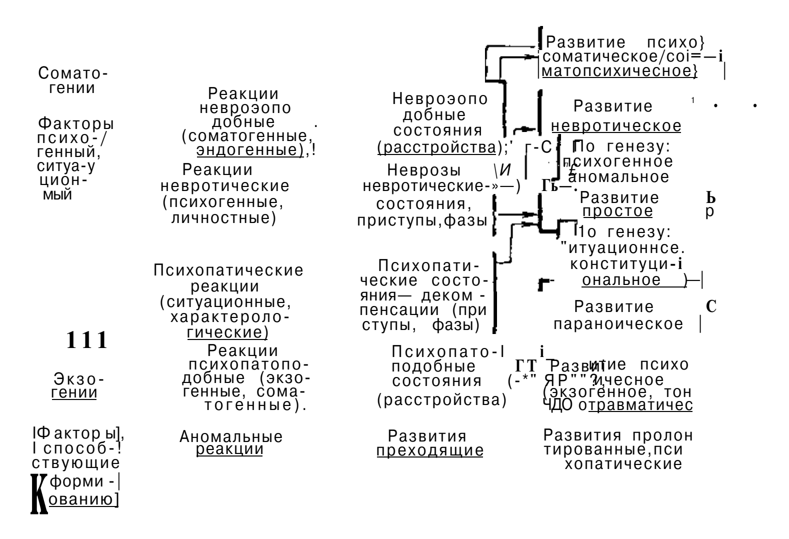
вывает более низкой. При затяжном течении основной болезни рано появляются и со временем усиливаются психоорганические нарушения (повышенная истощаемость, ослабление памяти, приступообразность эмоций, насильственный характер их возникновения, утрата тонких эмоциональных проявлений). Вегетативные нарушения часто имеют ту же основу, что и симптомы основного соматического заболевания.

Клинически как невротические, так и неврозоподобные расстройства обычно выступают в картине пограничных нервно-психических расстройств, формирующихся в результате соматической болезни.

СИСТЕМАТИКА ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Классификация пограничных нервно-психических расстройств строится на выделении аномальных реакций, аномальных преходящих развитии, аномальных пролонгированных развитии и формировании патологических характеров (схема 3).

Схема 3. Систематика пограничных нервно-психических расстройств.



1. **Аномальные реакции** — простейшие, первичные формы расстройств, которые представляют наиболее ранний элемент начинающейся аномалии индивидуальности.

В целом реакции служат той универсальной формой ответа организма на действие стимула, которая составляет

основу ратягия люоой системы, в том числе психики и личности. Качество индивидуальной реакции является функцией природы личности (ее генотипа и фенотипа),;' сопоставленной с конкретной ситуацией. Нормальным видам реакции (физических, химических, психических) соответствует широкий, но строго ограниченный диапазон их количественных и качественных особенностей, соответствующих данному стимулу.

В состояниях, переходных от здоровья к болезни, и тем более в самой болезни наиболее ранними проявлениями (субъективными, а затем и объективными) оказываются изменения формы реакций на стимул. При этом они приобретают свойства аномальных реакций. Типичной для последних становится неадекватность стимулу как по силе, так и по содержанию. Такая неадекватность может быть клинически строго квалифицирована и систематизирована в соответствии с особенностями тех новых свойств, которые приобретает ответ, возникающий на аналогичный стимул.

Реакции, в том числе наблюдаемые при пограничных нервно-психических расстройствах, отличаются (в частности, от реакций психотических) рядом особенностей: длительность каждой из них относительно незначительна; их появление и повторяемость могут быть различными (от редких, эпизодических до частых, систематических; от возникающих одиночно до выступающих сериями); эти реакции в одних случаях возникают и сохраняются лишь как субъективно фиксируемые, в других — обнаруживают себя во внешних проявлениях человека.

Степень субъективной важности, так же как внешней выразительности таких реакций, максимальна в юности и в зрелом возрасте (с 17 до 40 лет). В детские же годы (так же, как и в старости) реакции тем более однообразны, рудиментарны, диффузны и ограничены (по содержанию), чем соответственно моложе (или старше) больной.

Однажды возникнув, реакции, как правило, редуцируются и не появляются позднее. Они могут, однако, повторяться эпизодически всю жизнь, временами учащаясь или исчезая. Реакции могут, наконец, сменяться развернутыми нервно-психическими расстройствами. Индивидуальный тип аномальных реакций, свойственных данному человеку, позднее всегда сохраняется в картине развернутых психопатологических состояний, если таковые у него возникают. Реакции, как правило, бывают простыми и тогда могут быть разделены на психические (идеаторные), психомоторные, психосенсорные и психовегетативные (шире — психосоматические). По мере повторения и развития они приобретают характер сложных реакций, в структуре которых в разной степени сочетаются компоненты реакций психических с психомоторными,

психосенсорными, психовегетативными. Качество реакций (нормальных и аномальных) определяют как особенности индивидуальности человека, преморбидные свойства личности, так и ведущие радикалы болезненных состояний, развивающихся у него.

В зависимости от их клинико-этиологических особенностей выделяют реакции: 1) невротические, 2) неврозоподобные, 3) психопатические и 4) психопатоподобные (см. схему 3).

Содержание невротических (т. е. психогенных) реакций критически оценивается больным в отличие от психопатических, которым свойственна недостаточность критического отношения к ним.

Клинически близкие невротическим неврозоподобные (так же как близкие психопатическим психопатоподобные) реакции (расстройства) отличаются преобладающим значением в их происхождении соматических или экзогенных, в частности токсических, влияний.

Главная особенность любых аномальных реакций психики заключается в тенденции как к быстрому возникновению, так и к обратному развитию с восстановлением после них предшествующего состояния соответствующей системы (органа). Учащение, сгущение аномальных реакций может сменяться преходящими развитиями (см. схему 3).

2. **Преходящие развития** клинически представлены широкой группой пограничных расстройств, на одном полюсе которых располагаются типичные неврозы, в промежутке — многообразные невротические состояния, а на другом — Психопатии — аномалии личности.

Психопатические состояния фактически являются выражением декомпенсации и клинически могут быть оформлены в виде приступов или фаз. Как те, так и другие имеют различную длительность: приступы, отличаясь остротой начала и завершения (а иногда и пароксизмальностью), обычно менее продолжительны (минуты— десятки минут), фазы же иногда растягиваются на месяцы и даже (редко) годы. Они развертываются в одних случаях на уровне преимущественно субъективно переживаемых расстройств (слабость, недомогание, дискомфорт, тревожность, беспокойство, страх и др)., в других — проявляются и в изменениях внешних форм поведения больного. Между развернутыми фазами в рамКах психопатических состояний и клиникой неврозов принципиальных отличий нет. Они разнятся в первую очередь особенностями генеза, подчеркнутыми Е. К. Краснушкиным: неврозы — ’формы преимущественно приобретенные, возникающие у до того практически здоровых лиц, тогда как фазы, в том числе психопатические, конституционально обусловлены.

Содержание неврозолодобных и психопатоподобных, состояний исчерпывается расстройствами, клинически со-; ответствующими невротическим и психопатическим, одна-? ко в их генезе наряду с ситуационными ведущее значение приобретают соматические (метаболические, эндогенные)', или экзогенные (интоксикационные, инфекционные) влияния, которые и привносят новые качества (соматогенные, психоорганические) в структуру таких состояний. Поэтому не случайно неврозы, невротические и психопатические расстройства развиваются в первую очередь психогенно, в клинике реактивных пограничных форм патологии, тогда как неврозоподобные и психопатоподобные расстройства формируются в картине затяжных болезней соматического или иного генеза.

Если течение невроза или фаз не сменяется стойкой компенсацией психики, го могут возникнуть затяжные аномальные развития.

3. Аномальные развития пролонгированные или психопатические представлены, как правило, затяжными невротическими или психопатическими состояниями, которые приобретают особенности течения, свойственные клиническим закономерностям их формирования.

Клиника психопатических развитии включает реакции, приступы и фазы во всем многообразии этих состояний. Затяжное течение таких развитии (многие годы и даже десятилетия), последовательная смена этапов болезненных расстройств и усложняющаяся перестройка индивидуальности больного (в широком плане по типу психопатизации — формирования и последующего развития характерологических расстройств) раскрывают своеобразие клинических форм психопатических развитии.

Наиболее «чистым» вариантом является «простое развитие», которое определяют как характерологическое. Речь в этих случаях идет о постепенной перестройке характера больного под влиянием повторяющихся психических потрясений на фоне соматической недостаточности.

Значительно более полно изучена клиника невротического развития, в которой различные этапы собственно невротических расстройств, в том числе невротические депрессии, сменяются со временем периодом характерологических (истерических, тревожно-мнительных, взрывчатых) нарушений.

Если в генезе невротического развития ведущее значение имеют психогенный фактор и приобретенные аномалии формирования личности, то при параноическом (паранойяльном) развитии главную роль играет конституциональное предрасположение, сложно взаимодействующее с повторением травмирующих жизненных об-

стоятельств. Имеется в виду, что «психогенное» в конкретном, узком смысле всегда связано с острым действием психической травмы, тогда как в «ситуационном» раскрывается медленное, постепенное влияние на психику новых или необычно переживаемых обстоятельств жизни. Двумя крайними полюсами патогенных жизненных обстоятельств являются: а) ситуация изобилия («кумир семьи») и б) ситуация лишения («Золушка»).

Психоорганическое развитие лучше всего раскрывается на примере медленных изменений характера при хроническом алкоголизме (или при гипертонической болезни' и отдаленных последствиях травмы черепа).

Если в клинике перечисленных вариантов пролонгированного аномального развития преобладают невротические или неврозоподобные расстройства, которые со временем сменяются характерологическими, то в структуре психосоматического развития, в условиях длительных психотравмирующих обстоятельств или повторяющихся психогений параллельно медленным нарушениям невротического и характерологического свойства происходят первичные нейрогенные изменения внутренних органов или систем. Следствием такого развития и оказываются психосоматические болезни.

Пролонгированные аномальные развития так же, как и иные формы пограничных нервно-психических расстройств, могут в своем течении остановиться на любом этапе. Вместе с тем если развитие продолжается, то всегда выявляется тенденция к переходу от невротических расстройств к характерологическим. Иными словами, имеется тенденция к психопатизации индивидуума, к формированию собственно психопатии.

Нетрудно видеть, что все многообразие пограничных нервно-психических расстройств может выступать то в виде самостоятельных форм, то в виде более сложных и длительных этапов развития.

Глава V.
МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ

«Горящая • свеча» — символическая эмблема, предложенная в XVII веке голландским врачом ван Туль-Пси: «Светя другим, сгораю сам»,— раскрывает глубокую сущность деонтологии врачевания, демонстрируя одновременно и бесконечные возможности владычества принципа «психическая асептика» врача, оберегающего жизнь страждущего человека.

Развитие учения о нравственности — этике — продолжается на всем протяжении истории человечества. В последние столетия, в частности в связи с растущей дифференциацией специальностей, возникла настоятельная необчодимость вычленения специальных разделов этики. Английский философ Бентам (1748—1832) впервые предложил для этого термин «деонтология» (от «деон» — необходимость, долг и «логос» — учение). Этим понятием обозначают науку о долге, моральной обязанности, профессиональной этике. Деонтология особенно важна в тех разделах профессиональной деятельности, которые наиболее широко используют формы сложных межчеловеческих взаимовлияний и ответственных взаимодействий. К ним в первую очередь следует отнести современную медицину, где существенную роль играют разнообразные формы психологического влияния медицинских работников, на больного, а также дидактику (педагогику), где воспитание и обучение построены на непосредственном и опосредованном влиянии воспитателя (педагога) на обучающегося. Поэтому не случайно выделение в самостоятельный раздел медицинской деонтологии как раздела медицинской психологии, раскрывающего особенности долга медицинских работников перед больным, моральной обязанности их перед обществом за охрану здоровья населения и наиболее совершенные действия, направленные на эффективное лечение больного человека. Принципы медицинской деонтологии особенно наглядно демонстрируют передовые качества современного врача.

ОБЛИК СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА

«Врач,— писал А. П. Чехов,— должен быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически». Если шире развернуть это исключительно четкое положение, то знаниям, опыту и высококвалифицированной деятельности врача должна неизменно сопутствовать деонтологическая настороженность. Помогая больному, поддерживая и убеждая его в благоприятном исходе болезни, следует быть постоянно осторожным в беседах, пояснениях, прогностических суждениях и рекомендациях, исключая словесную травму пациента.

Практика врачевания поставляет богатый материал для медико-психологической оценки врача. Профессиональная деятельность врача связана с *больным человеком*, чрезвычайная сложность которого определяется не только особенностями его общественно опосредованных биологических систем, составляющих живой организм, но главным образом многообразием общественных связей, специальных зависимостей (в семье, в учебном заведении, на

производстве, в жизни общественных организаций, в коллективе друзей и др.), которые собственно и формируют неповторимый психологический облик, индивидуальность человека. В отличие от здорового человека личность больного изменяется и дополняется теми особенностями, которые привносит в нее болезнь.

Естественно поэтому, что врач не только специалист-медик, но и гражданин, и общественный деятель, обязан быть широко образованным как в медицине, так и во всех вопросах общественной жизни страны.

Не признавая научной и медицинской деятельности вне гражданственности, И. П. Павлов с гордостью писал: «Что ни делаю, постоянно думаю, что служу этим, насколько позволяют мне мои силы, прежде всего моему отечеству»[1].

Широкое образование врача должно быть возможно более полным, глубоким и совершенным. Однако само по себе такое образование окажется глубоко недостаточным, если оно не будет постоянно сопровождаться воспитанием (самовоспитанием) нравственности, с одной стороны, и неизменным стремлением к активной, продуктивной, полезной деятельности — с другой. При этом полезность деятельности врача определяется не только и не столько удовлетворением его личных интересов, сколько общественной ценой его труда, ценой охраны здоровья людей.

Высоконравственный, истинный врач действует во имя дела и долга перед больным, перед избранной им профессией, во имя долга перед обществом, создавшим его как человека-гражданина и как врача.

Для максимально эффективной деятельности врач должен обогащать себя суммой знаний и нравственных привычек, значительно превосходящей аналогичные качества больных. «Никто не может,— писал Гете,— судить о других, пока не научится судить о себе самом». И это очень верно.

Эти общие требования, которые жизнь предъявляет к врачу как к специалисту самой'человечной области профессиональной деятельности, создают естественные трудности в освоении им профессии и вместе с тем делают его труд истинным подвигом. Не случайно замечательный русский писатель, врач, долгие годы сам страдавший затяжной болезнью, А. П. Чехов подчеркивал как ведущее именно это качество деятельности врача. «Профессия врача — подвиг. Она требует,— писал он,— самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Не

[1] Павлов И. П. Избранные труды.— М.: Учпедгиз, 1950, с. 260.

всякий способен на это». В настоящее время последняя фраза нуждается в некоторой коррекции: тот способен на это, кто систематически, беспрерывно учится медицинскому искусству, воспитывает в себе все необходимые современному врачу нравственные качества. Основоположник педагогики, автор «Великой дидактики» чешский педагог Ян Амос Коменский (1592—1670) учил, что под именем нравственности необходимо разуметь «не только внешние приличия, но всю внутреннюю основу побуждений» человека.

Воспитание такой высоконравственной внутренней основы побуждений — длительный и сложный процесс. Формированию этих качеств в нашей стране способствует повседневная деятельность социалистической государственности. Процесс этот, однако, протекает не автоматически. Необходима продуманная система воспитания и самовоспитания. Активная целенаправленная деятельность никогда не приводит к пустой трате энергии; она всегда окупается сторицей и оказывается, с одной стороны, средством нравственного обогащения, а с другой — наиболее эффективным путем накопления самой энергии. Поэтому жизнь врача во всех ее проявлениях направлена на устранение недугов у больного, а вместе с тем пронизана самовоспитанием, которое приводит к исправлению, устранению собственных недостатков.

Главной оценкой затраченного врачом труда и энергии служит более эффективная и совершенная помощь больному,.причем это способствует как накоплению врачебного опыта, так и повышению его авторитета.

Авторитет врача имеет величайшее значение для налаживания общения с больным. Классики отечественной медицины глубоко раскрывали те слагаемые, которые определяют авторитет медицинского работника. Это прежде всего глубокие знания в своей области, умение спокойно, уверенно, правильно и быстро понять больного, волнующие его проблемы, болезнь и избрать такую тактику врачебного поведения, которая обеспечивала бы наиболее скорое и полное выздоровление пациента. Это личное обаяние врача, раскрывающее прямоту, доброжелательность, искренность, сердечность, природную скромность, весь богатый моральный облик. В каждом поступке и действии врача постоянно звучит главная цель — благо больного.

И. П. Павлов, высоко оценивая клинические и душевные качества замечательного русского клинициста С. П. Боткина, писал, что обаяние этого ученого среди больных поистине носило волшебный характер: часто лечило одно его слово, одно посещение. Много раз И. П. Павлов слышал от учеников-клиницистов

С. П. Боткина признание о том, что одни и те же рецепты и, по-видимому, в аналогичных случаях оказывались недействительными у них и делали «чудеса в руках учителя».

Благотворное психологическое влияние на больного — одно из величайших качеств, составляющих авторитет врача. Это влияние обеспечивается обаянием, искренней заинтересованностью в судьбе больного, умелым отношением, тактичным и тонким обращением к нему, неизменным стремлением встречаться с больным так часто и так много, как необходимо для успешного лечения.

Подчеркивая важность *динамического наблюдения и лечения больного одним врачом*, известный врач Х. В. Гуфелянд (1762—1836) высказал мысль, которая звучит как каламбур, но по существу глубоко содержательна. Он писал: «Один врач — хорошо, два — врача — посредственно, три врача — чудовищно. С увеличением числа врачей (лечащих одного больного.— Г. У.) уменьшаются шансы больного на выздоровление».

Типичное для настоящего врача постоянное стремление помочь больному оказывается успешно завершенным лишь при лечении больного до полного выздоровления. Речь при этом идет не только о клинической оправданности динамического, поэтапного обследования любого больного одним и тем же врачом, но и, что более существенно, о ведущих медико-психологических аспектах такого обследования. Единый лечащий врач глубже и полнее раскрывает для себя не только особенности развития болезни, но и качества личности больного. В результате формируется единая система взглядов как на прогноз, так и на лечение. Все более совершенное, глубокое взаимопонимание, хороший контакт, растущая вера в своего доктора — вот то, что несет в себе постоянство лечащего врача. Вера же больного в выздоровление в большинстве случаев составляет добрую половину эффекта лечения. Не случайно Гуфелянд с таким хлестким сарказмом утверждал безысходность лечения одного больного многими, пусть даже хорошими, врачами. Это, однако, не должно порождать зазнайство, переоценку своих возможностей у конкретного врача.

Скромность врача — одно из наиболее необходимых его качеств. Медицина достигла многих замечательных успехов. Однако и в настоящее время мы большего не знаем, чем знаем: мы чаще не умеем в полной мере помочь больному, чем умеем, хотя, естественно, мы всегда стремимся и хотим этого достигнуть. Признание недостаточности наших знаний о болезнях и их лечений необходимо отнюдь не для самобичевания, оно должно быть ведущим стимулом для постоянного самообразова-

ния, самовоспитания, независимо от фактического уровня знаний и опыта, накопленных врачом. Сохранился интересный факт из последних часов жизни замечательного врача Абу Али Ибн Сины (Авиценны). Этот титан медицинских знаний, по многотомному руководству которого изучал медицину весь культурный мир, умирая в совершенно полном сознании, скромно подвел итоги творчества человека в короткой фразе: «Мы умираем и с собой уносим лишь одно: сознание, что мы ничего не узнали».

Жизнь врача — это постоянный университет, который никогда не завершается. Любая остановка в познании жизни, накоплении специальных знаний, совершенствовании своего клинического мастерства для врача означает профессиональную смерть. «Учиться всю жизнь для пользы общества — таково призвание врача»,— писал крупнейший клиницист А. А. Остроумов (1844—1908). Оптимизм врача должен быть разумным, сознательным и основываться в первую очередь на глубоких знаниях и фактическом опыте. Истинные достоинства любого хорошего врача всегда остаются под завесой скромности, они не нуждаются в саморекламе. И, наоборот, любые проявления зазнайства, нескромности, безрассудной бравады, немотивированной уверенности и решительности в сложных обстоятельствах болезни чаще выступают в качестве внешних проявлений лицемерия, которое оказывается маской для сокрытия серьезных недостатков, поверхностных знаний и непрочных умений.

Правдивость — одно из важнейших качеств врача, неизбежная особенность его деятельности — определяется необходимостью в определенных случаях сообщать как больному, так и его родственникам свои мысли о судьбе больного, иногда весьма печальной. Иногда в случаях неблагоприятного прогноза течения болезни у молодого, малоопытного врача появляется неумеренный оптимизм и даже не соответствующая обстоятельствам вера в успех: современная медицина как будто все может! Не всегда легко, да и не во всех случаях врач должен говорить правду больному. Из этого, однако, не следует, что ему разрешена ложь. Ока недопустима в любых случаях, особенно в отношениях с переполненным беспокойством, волнениями, страданиями и тревожным ожиданием решения своего доктора — больным человеком. В этих случаях, не утаивая истину, врач обязан прибегнуть к таким выводам и объяснениям, которые бы в первую очередь щадили психику больного. Он не всегда должен говорить то, что совершенно ясно в судьбе больного, но он не может сообщать и то, что не соответствует его убеждениям как специалиста и как гражданина. «Быть, а не казаться — девиз,— писал Н. И. Пирогов,— который до-

лжен носить в своем сердце каждый гражданин, любящий свою родину. Служить правде... Быть человеком».

Справедливость — самая высокая добродетель врача. Она пронизывает все его поступки, действия, отношения, суждения и тогда оказывается как проявлением, так и основой внутренних убеждений, желаний, побуждений. Снова следует напомнить слова Цицерона о том, что двумя первоначалами справедливости были и остаются «Никому не вредить и приносить пользу обществу».

Работа врача никогда не бывает простой и легкой. Описывая сложные условия работы практического врача, С. П. Боткин подчеркивал: «Необходимо иметь истинное призвание к деятельности практического врача, чтобы сохранить душевное равновесие при различных неблагоприятных условиях его жизни, не впадая при неудачах в уныние или самообольщение при успехах».

Призвание врача формируется как славный идеал всей его жизни. Этот идеал особенно прекрасен. Он состоит в радостном энтузиазме, безвозмездном даровании здоровья, счастья страдающему. Именно этот идеал служит ведущим стимулом медицинского и духовного совершенствования врача. Глубокое убеждение в своем идеале придает силы в слабости, делает возможным невозможное, подвластным лечению кажущееся неизлечимым.

Честность врача была бы односторонней и неполной, если бы она ограничивалась порядочностью в узко профессиональных действиях. Неизменным спутником честности является бескорыстность в самом широком понимании этого слова — в отдаче всего себя и даже своей жизни во имя здоровья людей. Многие иллюстрации из жизни врачей показывают вечную жизненность этого девиза. Основатель Института переливания крови советский врач А. А. Богданов (1873—1928), не задумываясь о собственной судьбе, для спасения тяжелобольного студента обменялся с ним кровью. В результате жизнь студента была спасена, сам же А. А. Богданов погиб. Погиб во имя спасения больного человека. Честность должна не только сопутствовать всем делам врача, но и стать его вторым «Я», повседневной основой всех помыслов, чаяний и стремлений. В таком случае она порождает высшее проявление профессионального бескорыстия — самоотверженность врача.

Самоотверженность врача проявляется во многих действиях, начиная от обыденных ночных бдений у постели тяжелобольного, неожиданных выездов к больным независимо от времени суток и погоды, выполнения жизненно показанных больному сложных оперативных вмешательств при отсутствии даже подобия операционной

и кончая истинно героическими поступками, связанными с риском для собственной жизни. Самоотверженные поступки не дань показному геройству, они совершаются в ходе решения ответственных проблем, спасения больного, изучения возбудителей болезней, проверки эффективности новых лечебных средств, во всех наиболее острых и опасных обстоятельствах профессиональной деятельности.

Одна из важнейших задач медицинского работника, как известно, состоит в выявлении причин болезней, знание которых необходимо для предупреждения их возникновения, а в тех случаях, когда это невозможно, для более разумного и успешного лечения больного.

Бурное развитие учения о возбудителях особо опасных инфекционных болезней происходило на том этапе становления медицинской науки, когда идентификация и проверка предполагаемого действия вновь открытого микроорганизма в лабораторных условиях были сопряжены с большими трудностями и длительным ожиданием результатов проверочных опытов. В то время наиболее самоотверженные врачи-исследователи нередко выполняли опасные опыты на себе. Главным мотивом такой самопроверки была недопустимость эксперимента на больном человеке.

Почти 200 лет назад врач С. И. Андриевский- для выяснения причины возникновения сибирской язвы ставил опыты на себе. Известный русский и советский ученый Н. Ф. Гамалея (1859—1949) в конце XIX века исследовал на себе действие вакцины против бешенства. 3. В. Ермольева (1898 —1975) на себе проверяла холерные вибрионы и т. д. И всегда эти самоотверженные поступки определялись заботой о больном человеке и строгим соблюдением одной из древнейших заповедей врачевания: «Не вреди!».

Слово врача — один из чудеснейших исцелителей — при неправильном использовании может превратиться в орудие, губящее больного. Этот вопрос будет нами обсуждаться специально. Здесь же следует напомнить ставшее крылатым выражение крупнейшего русского психоневролога и нейрофизиолога В. М. Бехтерева: «Если больному после беседы с врачом не становится легче — это не врач». Оправдана ли такая категоричность суждения крупнейшет го клинициста? Опыт подтверждает правильность столь острой постановки вопроса В. М. Бехтеревым.

Научно доказано, что слово врача может стать величайшим фактором лечения, оказывающим иногда поразительный целебный эффект. Правильно выбранное и ко времени использованное, оно является отличным воспитателем больного, исправляет ошибки поведения, аномалии

в индивидуальных реакциях. Наряду с этим слово обучает больного, совершенствуя и обогащая знания, навыки и опыт как в охране здоровья, так и в борьбе с болезнью. Вместе с тем неумело использованное слово врача (или другого медицинского работника) может глубоко ранить больного и даже привести к тяжелой болезни. Сигнальное значение слова было научно доказано в первую очередь в павловской физиологии высшей нервной деятельности.

Такое специфическое значение слова для человека и тем более для больного человека призывает нас к исключительно осторожному, продуманному, заботливому пользованию им. Слово как наиболее совершенное средство общения между людьми несет в себе не только частное, конкретное содержание, но и точно передает сложные обстоятельства жизни в их иногда неотвратимом отношении к больному.

Яркой и печальной иллюстрацией тому служит образное описание выдающимся русским писателем, революционным демократом Глебом Успенским в статье «Смерть В. М. Гаршина» (1888) развития болезни этого крупного русского писателя, болезни, которую «питали впечатления действительной жизни». Автор писал: «Один и тот же ежедневный ,',слух" и всегда мрачный и тревожный; один и тот же удар по одному и тому же больному месту, и непременно притом по больному, и непременно по такому месту, которому надобно „зажить", поправиться, отдохнуть от страдания; удар по сердцу, которое просит доброго ощущения, удар по мысли, жаждущей права жить, удар по совести, которая хочет ощущать себя...— вот что дала Гаршину жизнь после того, как он уже жгуче перестрадал ее горе». Трудно найти более яркое описание пагубного, гибельного влияния «злобной молвы», влияния слова, приведшего больного писателя к самоубийству.

Гуманизм врача. Сочетание этих двух слов, пожалуй, наиболее естественно. Что может быть более человечным, чем самоотверженная деятельность, направленная на спасение человека от смерти или на облегчение его страданий. Вся история врачевания раскрывает непрекращающуюся борьбу за гуманизм в разные ее периоды; спокойные и мрачные. И в настоящее время этот вопрос не только не утратил своей актуальности, но с каждым годом становится все более важным. Тенденции дегуманизации в современном врачевании могут быть порождены рядом обстоятельств. Первое из них — продолжающаяся узкая специализация врачей. Сосредоточение внимания, знаний и умений врача на узкой области жизнедеятельности организма может привести к утрате понимания его целостности. Второе — широкий техницизм методов обсле-

дования больного и чрезвычайное развитие химиотерапии (химизация в медицине). Совершенствование методов обследования и лечения, без сомнения, оправдано и необходимо. Опасность состоит в том, чтобы за рентгенограммой, электрокардиограммой, электроэнцефалограммой, ангиограммой и др. не потерять больного с его исключительно индивидуальным характером страданий и переживаний. Что-же противостоит подобным тенденциям дегуманизации? В первую очередь глубокое, всестороннее образование врача любого профиля в области медицинской психологии, Чтобы судить о человеке, по словам французского писателя Онбре де Бальзака, по крайней мере надо войти в тайники его мысли, его волнений. Применительно к больному человеку этому и учит медицинская психология.

Химиотерапия в ряде случаев делает чудеса. Однако в терапевтических воздействиях на больного, независимо от диапазона лекарственных и других лечебных средств, как постоянные и обязательные звенья соучаствуют индивидуальный подход, созидательное «переосмысливание» и направленная" дезактуализация травмирующих факторов в результате благотворного влияния врача. «Плох тот врач,— писал известный советский терапевт Б. Е. Вотчал,— который, назначая резерпин, все свое внимание концентрирует на показаниях манометра». Машины всегда остаются ближайшими помощниками врача, но последнего, важнейшего для его жизни слова больной вечно будет ждать только от своего доктора. Жизнь на каждом шагу подтверждает это.

Один американский исследователь, изучая эффективность действия лекарств при тяжелой болезни сердца— стенокардии, сделал вывод о том, что ведущими, определяющими эффект лечения являются несколько факторов: желание больного выздороветь, вера больного во врача, которого он активно избрал в качестве своего целителя, вера врача в лекарство, назначаемое им больному, умение передать эту веру больному, и на последнем месте в перечне этих факторов стоит фармакодинамическое действие самого лекарства, Гуманизм врача в медико-психологическом значении был и остается ведущим в общении с больным, в охране здоровья и лечении боль-! ного.

Честный, добросовестный труд, труд и еще раз труд, обогащая знания и навыки врача, формирует его нравственность, делает физически и духовно сильным и порождает истинный гуманизм* отношениях к больному и к своей профессиональной деятельности. Искренняя, глубокая заинтересованность врача в устранении недугов больного всегда порождает у него чрезвычайную изобретательность, даже изощренность в формах помощи. По

образному выражению немецкого физиолога Дюбуа-Реймона (1818—1896), «из каждого дерева нужно уметь сделать стрелу», направленную на конкретные волнения, заботы и проблемы, загружающие больного человека.

Высшим идеалом воспитания, обучения и образования в любой области знаний является прочное формирование специалистом у здорового или больного человека упроченного навыка и индивидуального стиля самовоспитания, самообразования, самообучения. Это становится особенно ценным для предупреждения диссоциированной впечатлительности, чувствительности, а в области медицины и предупреждения ятрогений.

ЯТРОГЕНИИ И ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

Психические конфликты являются одной из ведущих причин многих болезней и особенно нервно-психических. Создание атмосферы, исключающей возникновение психотравмирующих обстоятельств, свободной от такой ситуации, свободной от страха и опасений, особенно необходимо.

В предупреждении психических конфликтов особая роль принадлежит как тем лицам, которые вовлекаются в конфликт, так и тем, деятельность которых определяется постоянным общением с людьми, в первую очередь врачам, средним медицинским работникам, воспитателям и педагогам.

Для обычного, повседневного врачебного приема большое, но не одинаковое значение имеет внушаемость больного. Иногда такая повышенная внушаемость способствует закреплению советов, разъяснений и рекомендаций опытного авторитетного врача. Обостренная внушаемость больного, глубокое убеждение в непререкаемом авторитете врача могут повлечь за собой возникновение болезненного, реактивного состояния при нарушении тактики общения с больным. Поэтому вопрос о профессиональных психогениях, в первую очередь об ятрогениях,— один из важнейших для психопрофилактики.

Швейцарский психиатр Е. Блейлер в начале 20-х годов подчеркивал, что разные формы «недисциплинированного медицинского мышления» наблюдаются в ходе обследования больного и тем более при распознавании ранних проявлений болезни, когда больной уже обеспокоен изменениями самочувствия и становится особенно предрасположенным к вольным, а иногда и ошибочным толкованиям своего меняющегося состояния. Этому способствуют предрассудки, продолжающие бытовать в сознании многих лиц, предубеждения, с которыми заболевший идет на прием к врачу, элементы недоверия к возможностям

медицины, а иногда и боязни (страха) предстоящей процедуры медицинского освидетельствования. Такие пагубные само влияния (схема 4) больного называют эгогениями (от ego—«**Я**»). Свобода от невежественного обсуждения своих **и** чужих болезней («исцеляющее молчание») в семье, особенно в присутствии детей, больных или престарелых, лиц, снижает пагубные влияния эгогений, тем более, что на раннем этапе болезни (или при первом заболевании] больной еще не научился с помощью авторитетного врача оценивать **и** предсказывать возможность дальнейшего течения своего болезненного состояния. Известный швейцарский психиатр Е. Блейлер широко использовал термин «ятрогенный» для обозначения соответствующих состояний. Несколькими годами позже немецкий психиатр Бумке в статье «Врач как причина душевных расстройств» привел примеры неблагоприятных послед-

Схема 4. Пагубные влияния среды.

Пагубные влияния среды (милеогении)	
Эгогений	Дидактогении

Ятрогении

Ятропатии

ствий влияния врача на психику больного и закрепил за такими психогенными заболеваниями название ятрогении, т. е. нежелательные изменения психики и расстройства психики, порожденные врачом. Ятрогения опасна не только для больного, но и для членов его семьи, поскольку родственники (родители) при этом нередко считают себя виновными в возникновении у детей нервно-психических расстройств. Нарушения психики, возникающие ятрогенно, медицинские работники нередко ошибочно квалифицируют то как эпилепсию, астму, гастропатии, то как пограничные формы нервно-психических расстройств, развившихся как будто бы спонтанно. Естественно, что начало лечения таких «болезней» нередко порождает патологические эффекты.

Сама процедура обследования не только обеспечивает распознавание болезни, но уже является началом влияния врача на больного, влияния благотворного и целебного или

неблагоприятного и пагубного. Решение вопроса о том, по какому пути будет распространяться это влияние, полностью зависит от уровня квалификации, профессионального опыта врача и степени внимания к больному.

Исключение злоупотребления в присутствии больного профессиональными, как правило, жаргонными терминами (например, «налет», «спайки», «сильно уплотнено», «флюктуирует», «находится на грани», «артерии твердоваты», «склерозированы», «сердце пошаливает», «границы широковаты», «аорта расширена» и др.) охраняет психику больного.

Тщательный анализ жалоб и переживаний больного позволяет лучше понять особенности его психической индивидуальности, представления о своей болезни и найти более эффективные и приемлемые формы влияния на него. Страх отдельных врачей перед анализом психических переживаний больного Е. Блейлер совершенно оправданно рассматривал как один из существенных недостатков врача и называл его «психофобией современного врача». «Цельного человека», как указывал он, должен понимать и лечить только «цельный врач». Если последний вместо поддержания и укрепления положительных установок начинает сочувствовать больному, говорить о тяжких последствиях и продолжительности заболевания, неоправданно много «лечить», без нужды отстранять от работы, то успехи его невелики и «тогда нечего удивляться возникновению ятрогенного невроза или психоза».

Изучение переживаний больного, как указывали русский терапевт Г. А. Захарьин и немецкий интернист Бергман, не менее важно, чем факты, которые с большой точностью удается зарегистрировать современными методами естественных наук. И хотя то, что получает врач в результате психического контакта с больным, значительно уступает в точности результатам физического обследования, этот материал нередко превосходит последние тонкостью наблюдений. Неслучайно Г. А. Захарьин делал акцент на анализе анамнеза и субъективных жалоб больного.

Ту же мысль развивал один из старейших английских терапевтбв Маккензи, который считал, что ранние симптомы болезни, как правило, носят чисто субъективный характер, а появляются значительно раньше, чем те, которые можно обнаружить так называемыми физическими методами обследования. Своевременное выявление этих симптомов и правильная их оценка — трудная и вместе с тем важнейшая задача терапевта. Естественно, что решение ее чаще происходит в поликлиниках, куда прежде всего и обращаются больные со своими первыми жалобами.

Призывая к борьбе с ятрогенными болезнями, которые при гипердиагностике приобретают угрожающие размеры, крупнейший советский невропатолог М. И. Аствацатуров требовал (в 1934 г.) «психической асептики» от врача при постановке диагноза. По удачному выражению Крихтон-Миллера, каждый больной страдает своей болезнью плюс страхом за утрату здоровья и жизни. Врач обязан снять этот страх, а не вселять в больного новый страх неудачным поведением и необдуманным советом.

Ранее были приведены указания И. П. Павлова о значении слова как чрезвычайно многообъемлющего раздражителя, не идущего ни в какое сравнение с любыми другими. Слово врача может оказать не только полезное, но и вредное влияние, если оно неправильно использовано.

Эти наблюдения не содержат чего-то нового. Как уже говорилось, одно и то же лекарство в руках различных врачей по-разному лечит. Это зависит от опыта, знаний, внешнего облика врача, такта, умения правильно вести себя с больным, осторожно обращаться со «словами», замечаниями, репликами, рекомендациями.

Еще Гиппократ в трактате о поведении врача учил: все, что надо делать, делай спокойно и умело, так, чтобы больной мало замечал твои действия. Надо думать только о больном, когда следует ободрить дружески, веселым участливым словом. В случае необходимости строго и твердо отклонить его требования, но в другом случае окружить любовью и разумным утешением. Главное же, как подчеркивал Гиппократ, нужно оставить больного в неведении того, что ему предстоит, и особенно того, что ему угрожает. Известно, что некоторые больные из-за неосторожного сообщения и предсказания в отношении будущего решаются на крайние поступки, даже на самоубийство.

На состояние больного, пришедшего к врачу, влияют многие обстоятельства. И имя врача, и его внешний вид, и блестящие сложные приборы, которые больной видит в приемной и даже особенности фабричной упаковки лекарств. Но самое большое впечатление производит слово врача. Если все предыдущие обстоятельства, указывал советский невролог В. И. Пляшкевич (1935), зависят «не от доброй воли врача», то за слова целиком и полностью несет ответственность сам врач.

Неосторожные сообщения и предсказания врача могут способствовать иному восприятию болезни. Если я знаю, что у меня имеется язва желудка, как писал интернист Зибек, я совершенно иначе ощущаю изжогу и боли в желудке, чем когда я убежден в том, что болезнь является только результатом нарушения пищевого режима. Врач, естественно, может ошибиться в диагнозе.

Однако нет никакой необходимости сообщать такой неуточненный диагноз больным и родственникам. В свое время Парацельс (1492—1541) предостерегал врача от утверждений' больному, что «болезнь неизлечима», и рекомендовал в этих случаях чистосердечно признаться, что он, врач, по крайней мере в данное время не умеет, не может ее лечить.

Глубокий такт, внимание к рассказу больного, тщательное изучение особенностей его личности, как правило, устраняют возможность вредного влияния.

Англичанин Пэрри справедливо указывал, что часто не столько важно знать, *какая болезнь* у больного, сколько хорошо понимать, у *какого человека* развивается болезнь.

Это позволяет уточнить особенности течения болезни у данного индивидуума, прогноз страдания и оказать более эффективную помощь.

Слова врача не только инструмент общения и распознавания болезни, они нередко служат й прекрасным лекарством. Сила словесного убеждения иногда не может сравниться с действием даже самых эффективных медикаментозных средств. Правильно указывал известный американский инфекционист Дик, что значительно легче ликвидировать реальный гонококк в половых органах женщины, чем «выселить воображаемый гонококк из ее психики».

Каждый врач, независимо от специальности, обязан быть опытным и всесторонне образованным психотерапевтом. Психотерапией, как писал Бумке, должен заниматься всякий врач, желающий быть *врачом, а не ремесленником*. Без психотерапии, по образному выражению Цигена, можно починить сапоги, можно привить растения, но никогда нельзя лечить столь чувствительный организм, как организм человека. Поэтому никогда не следует забывать, что каждый врач — это прежде всего врач, а затем уже специалист в более узкой области. Первая и самая важная обязанность его состоит в том, чтобы *научить больного быть здоровым*.

Последнее немыслимо без всестороннего и глубокого овладения законами психопрофилактики.

Особым вниманием следует окружать больных детей, пожилых и старых людей. **Отношение** врача к ребенку, к, больному зрелого возраста и старому даже при одинаковой болезни должно быть совершенно различным. Это обусловлено в первую очередь возрастными особенностями их психики. У детей нередко болезнь оказывается следствием внушения родителей, в частности результатом болезненной обеспокоенности за судьбу ребенка. Следует помнить о большой впечатлительности детей, о легкости

возникновения у них боязливости и страха. «Быть рабо] страха,— писал выдающийся английский писатель Бернард*: Шоу,— самый худший вид рабства», но воспитание в£ ребенке страха (членами семьи, педагогами"или медицинскими работниками) — самый бесчеловечный вид вовлече-" ния в рабство. В детской практике недопустимо угрожать; возникновением или ухудшением болезни и тем более смертью, следует избегать ошибочно формулируемых и неправильно исполняемых приемов и форм санитарного просвещения, которые могут оказать ятрогенный эффект.

В советской действительности социальные корни безысходной старости исключены. Однако сложные и многообразные особенности психологии лиц пожилого и старческого возраста следует постоянно учитывать во врачебной деятельности. Для этих людей характерны ухудшения общего состояния в связи с процессом инволюции (биологического старения организма), боязнь одиночества, страх перед возможной беспомощностью и др. Сознание происходящих перемен побуждает одних считать себя тяжелобольными и немощными, других — не обращать внимание на те же недуги. Задача врача — выявить и использовать в интересах больного те сохранные функциональные системы или наиболее сохранные психические функции, которые могут быть использованы для лучшей адаптации к условиям болезни и более полного оздоровления. Иными словами, шире применять принципы парциальной профессиональной (деятельной, творческой) ориентации.

Ятрогении, таким образом, представляют собой частный случай психогений (болезней, возникающих вследствие психической травмы). В этой группе болезней все чаще наряду с собственно ятрогениями выделяют ятропатии и дидактогении.

Если ятрогенией в более узком смысле слова следует называть неблагоприятные изменения психики больного, развивающиеся в результате ошибки врача, в частности несоответственного, ошибочного использования психологических, словесных форм общения с больным, повреждающее, ранящее значение слова врача, то ятропатиями называют отрицательные последствия для больного неправильных действий или назначений врача или необоснованного использования инструментально-лабораторных исследований в ушерб здоровью больного. Так, например, ошибочная трактовка врачом функционального шума на верхушке сердца как следствия порока сердца порождает ятрогению у больного, последующее же лечение порока — ятропатию. Позднее, если врач не исправляет свою ошибку, формируется чрезвычайно неблагоприятный для больного порочный круг, усиливающий пагубный эффект от взаимодействия ятрогения — ятропатия.

Появление новых лабораторных методик, аппаратов для функциональной диагностики—одно из достижений современной медицины. Но злоупотребление этими методами в ущерб врачебному обследованию больного — грубейшая ошибка. Наука, как писал немецкий терапевт Штрюмпель, в результате увеличения числа диагностических вспомогательных методов стала в руках отдельных врачей скорее лабораторной наукой, чем частью практической и прикладной биологии. Успехи механизированного титрования, фильтрования, колориметрирования и тому подобных методов приводят к тому, что молодой врач иногда почти забывает о самом больном.

«Делает ли неправильно операцию хирург, не учитывает всех „за" и „против" оперативного вмешательства, лечит ли врач больного фармацевтическим препаратом, непереносимым данным больным даже в обычной дозировке,— писал Н. С. Четвериков,— во всех этих случаях в ухудшении состояния больного, присоединении нового заболевания или смерти фактически повинен врач». В результате, например, тонзиллэктомии сотни миллионов людей в мире и в нервую очередь в капиталистических странах подверглись физической и психической травме. В США и Англии тонзиллэктомия была проведена почти у 50% населения. И только теперь становится ясным не только необоснованность, но нередко и вред, принесенный последствиями этой «безобидной» процедуры.

Различают ятропатии травматического, интоксикационного, инфекционного и организационного происхождения. К ятропатиям травматического происхождения относят травмы ребенка во время родов, последствия неправильно выполненной хирургической операции, спинномозговой пункции, анестезии, результаты нарушения техники инъекций и др.

Ятропатиями интоксикационного происхождения считают ошибочный выбор лекарств, их дозы, осложения, возникающие вследствие несвоевременно выявленного врачом предрасположения больного к тем или иным токсическим (лекарственным) веществам, введение в организм больного ненужного для лечения препарата. Сюда же следует относить последствия для населения непродуманного, массового использования фармакологических препаратов с целью самолечения; недооценку пагубных последствий токсического действия лекарств на организм, загрязнение систем и органов организма многообразными и беспорядочно принимаемыми фармацевтическими препаратами. Загрязнение физико-химическое вызывает нарушения сложных ансамблей обмена веществ («лекарственная болезнь» по Е. М. Тарееву), нарушения гомеостаза и даже неблагоприятные мутации в генетиче-

ской матрице. Загрязнение моральное приводит к безот вегсгвенному отношению к своему здоровью. Сознание.; такия лиц перестает контролировать действия, оказывается в плену случайных, как правило, примитивных пред-; ставлений о легкости самоисцеления, всемогуществе «мод-; ных» препаратов, всезнайстве и всеумении самого заболевшего, простоте и всепонятности механизмов болезней. Такому засорению сознания больных способствуют не только невежество некоторых из них, не только безмерная самоуверенность других во всезнайстве и всемогуществе, но и связанные с этим стремления к самопониманию болезней путем чтения специальной медицинской литературы. Все это может принести вред больному.

Недостаточно продуманное и показанное применение лекарственных веществ, например гормональных препаратов, антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, психотропных средств и др., привело к тому, что не только расширилось понятие «лекарственная болезнь», но и сама болезнь приобрела в некоторых странах катастрофический характер. Так, массовый прием малых транквилизаторов жителями ряда стран (США и др.) приводит к значительной сенсибилизации-систем организма и в результате — к появлению аллергических болезней, которые в этих случаях имеют ятропатический генез.

К ятропатиям инфекционного происхождения относят неблагоприятные последствия после применения сывороток и вакцин (вакцинальные энцефалиты и другие осложнения, возникающие по вине врача), а также все те врачебные нарушения эпидемиологического режима, которые влекут за собой возникновение заболевания.

Ятропатии организационного происхождения возникают вследствие неправильной организации обследования, лечения и ухода за больным.

Дидактогениями называют все формы отрицательного воспитательного влияния, вызванные ошибками воспитателей и педагогов. Обязанность медицинских работников, воспитателей и, педагогов состоит в том, чтобы любые формы их влияния на человека как в ходе профессиональной деятельности, так и вне ее способствовали повышению общей культуры, совершенствовали самосознание и обеспечивали строжайший режим «психической асептики», исключая пагубные воздействия на психику и здоровье человека.

ОСНОВЫ УЧЕНИЯ О ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ

По роду своей деятельности врач часто становится обладателем наиболее сокровенных интимных,сведений, получаемых от больных. Такая информация о сокровен-

ных мыслях и переживаниях больного оказывается наиболее исчерпывающей и точной, а следовательно, и ценной для врача только в том- случае, когда больной убежден в доверительном характере своих сообщений и сохранении излагаемых сведений в глубокой тайне, т. е в строгом сохранении профессиональной тайны. Доверие к врачу пропагандировалось еще в древние времена. Индийская пословица хорошо раскрывает это: «Можно страшиться брата, матери, друга, но врача — никогда».

С древнейших времен известно существование положений о врачебной тайне, которые были довольно широко представлены не только в известной клятве Гиппократа, но и в задолго предшествовавших ей клятвах жрецов.

Первые указания на запрещение врачам разглашать профессиональную тайну содержали такие законодательные акты, как эдикт курфюрста Бранденбургского Иоакима I (1512), Прусский врачебный эдикт (1725), прусский уголовный кодекс (1794), французский Codé Penal (1810) и др.

В законодательных актах феодальных и буржуазных государств учение о врачебной тайне включает два главных положения: врач должен сохранять в тайне все сведения, доверенные ему больным; в определенных случаях закон обязывает врача довести до сведения властей данные, содержащие опасность для общества (так, например, сведения о заразных, инфекционных болезнях; о замышляемых общественно опасных, преступных действиях и др.).

В документах разных стран и времен понимание врачебной тайны было весьма пестрым: от абсолютного запрещения врачу нарушать ее во всех случаях до полного отрицания врачебной тайны как юридически закрепленного акта и выбора врачом решения исходя из нравственных, этических обязательств.

В настоящее время медико-психологическая основа учения о врачебной тайне формируется примерно одинаково: любой врач не должен разглашать третьему лицу какие-либо сведения, касающиеся больного, без его согласия, если таковые почерпнуты в ходе профессионального общения с больным, а разглашение их может отрицательно повлиять на больного. Вместе с тем врач, узнавший от больного сведения, содержащие опасность для общества, обязан выполнить свой гражданский долг и уведомить об этом соответствующие организации.

В условиях Советского государства общественные интересы народа настолько актуальны, что запрещение врачу раскрывать секреты, почерпнутые из общения с больным, принесло бы только вред общему делу. Вместе с

тем гуманизм, присущий всему нашему строю, включает и высокий кодекс нравственности любого гражданина, тем более врача, а поэтому и заботливое отношение к больному направлено в первую очередь на охрану его здоровья и благополучия. Такая забота, естественно, включает всестороннее обеспечение душевного покоя путем максимальной охраны жизненных интересов и интимных переживаний больного.

Врачебные ошибки. Могут происходить по вине врача и не зависеть от него. Ошибки, которые не зависят от врача, обусловлены недостаточным уровнем развития медицины, атипичным течением заболевания, отсутствием таких диагностических средств, которые дают возможность проникнуть в тончайшие механизмы развития заболевания.

Ошибки, возникающие по вине врача, могут быть обусловлены его безответственностью, недостаточным уровнем знаний, поспешностью осмотра больного, усталостью врача, озабоченностью в связи с конфликтами и неприятностями различного характера и неумением отрешиться от них во время профессиональной деятельности. Больной не должен страдать из-за того, что кто-то обидел врача, не оказал ему внимания. Врач обязан научиться не переносить свои личные неприятности на взаимоотношения с больными и коллегами.

В профессиональной деятельности врача большую роль играют правильное поведение и взаимоотношения с родственниками, недопущение деонтологических ошибок при сообщении о тяжелом или безнадежном состоянии их близкого или о его смерти.

Некоторые люди, обеспокоенные состоянием близкого человека, в силу личностных особенностей как бы вытесняют опасность и поэтому обычные слова успокаивающего характера принимают как заверение, что опасности нет, и не воспринимают последующий разговор и слова врача об опасном, тяжелом, безнадежном состоянии. В этих случаях в последующем возможны конфликты и жалобы на врача, в Которых родственники умершего больного утверждают, что врач не предупреждал о тяжести состояния, значит, ничего угрожающего не было, а смерть наступила из-за недосмотра или халатности.

Во избежание этих ситуаций врач должен научиться четко излагать свои мысли, спокойно, без торопливости вести беседу, уметь утешить близких больного и убедиться, что его слова правильно поняты.

Утомление — естественное состояние, появляющееся у врача при физических и психологических нагрузках, после суточных дежурств и работы в отделении реанимации, в операционной и т. п.

Врач должен уметь реально оценивать свои возможности и выносливость, готовиться к дежурствам и работе, сознавать свою ответственность, помнить, что от его состояния зависит жизнь и здоровье больных.

Глава **VI.**

ПСИХИЧЕСКАЯ ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Медицинская психология представляет собой тот раздел психологии, который изучает и использует пути наиболее благотворного влияния психики на здоровье человека, его расстройства и восстановление. Неповторимость и индивидуальность психического облика любого человека определяются неповторимостью ряда обстоятельств, которые обеспечивают формирование психики. К ним относятся особенности истории развития предшествующих поколений, закрепляющиеся в сложной генетической матрице человека; своеобразие условий биологического развития организма в пре- и перинатальном периоде; особенности раннего постнатального и в первую очередь общественного (социального) развития. Различия условий среды, обеспечивающие многообразие особенностей развития на этих этапах, фактически и оказываются главной причиной индивидуального в развитии. Глубокое обоснование бесконечного взаимодействия внешнего и внутреннего наиболее существенно для развития общественного существа — человека.

Индивидуальность раскрывается во многих сторонах развития человека. Уже телосложение людей не одинаково.

Различают четыре типа телосложения (рис. 1): дигестивный с преобладанием пропорций тела, обусловленных преимущественным развитием пищеварительных систем и органов; респираторный — развитием дыхательной системы; мышечный — преимущественным развитием мускулатуры тела и систем, ' обеспечивающих ее гармоническое формирование, и, наконец, церебральный тип, для которого типично особенно демонстративное развитие мозговой части черепа и соответственно тонкость, а иногда и ранимость формирования психики человека.

Попытки классифицировать индивидуальность человека предпринимались на протяжении всей истории развития учения о человеке. Так, Э. Кречмером была показана зависимость между телосложением и тенденциями психического облика человека. Он подметил связь между

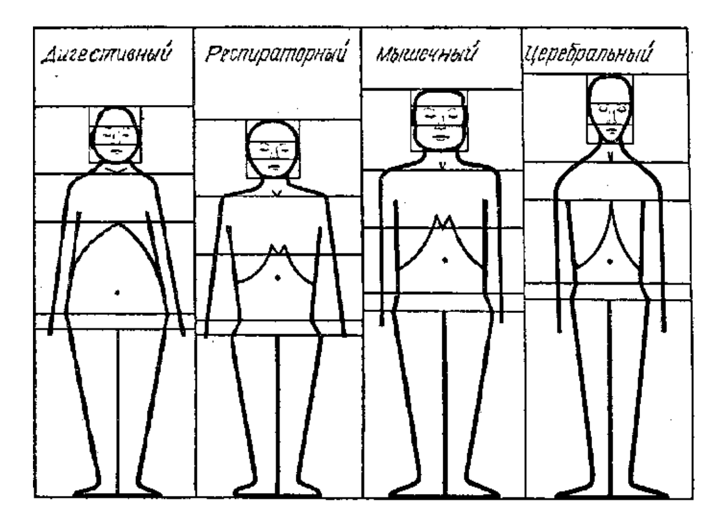


Рис. 1. Типы телосложений.

пикническим типом телосложения[1] и общительностью, добродушием, аффективностью, склонностью к жизнеутверждающему оптимизму. Наоборот, лицам с лептосомным типом телосложения[2], как правило, присущи большая степень замкнутости, погруженность в мир собственных переживаний, рассудочность в стиле отношений и поведения.

Промежуточный тип телосложения — атлетический — характеризовался Э. Кречмером как наиболее гармоничный в его физическом и психическом содержании.

По мере накопления в науке знаний о типологии человеческих индивидуальностей исследователи обращали все большее внимание на особенности нервной системы и психики.

В последующие десятилетия индивидуальные проявления людей все более широко оцениваются на основании не столько телесных, сколько психических качеств человека.

[1] Лица пикнической конституции обычно среднего роста, голова круглая с наклонностью к облысению, туловище короткое, коренастое, хорошо развита грудная клетка, более мягкая мускулатура. Лицо круглое, правильное, широкий лоб, светлая кожа, склонность к полноте.

[2] Лица лептосомной, астенической конституции стройные, живые,-у них тонкие конечности, удлиненное лицо с уходящим назад лбом, голова небольшая, профиль острый, волосы густые.

Медико-психологические аспекты индивидуальности достаточно полно раскрываются при систематическом рассмотрении особенностей основных психических функций, состояния сфер психики, типичных для тех или иных лиц, и особенностей собственно личности.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В традиционной психологии вся психическая деятельность условно делится на отдельные психические функции: ощущения, восприятия, представления, мышление, память, интеллект, чувства, сознание. Особенности состояния каждой из них налагают существенный отпечаток как на психическую индивидуальность врача и больного, так и на полноту их взаимопонимания в процессе общения.

Ощущения, восприятия и их изменения

Ощущением называют форму непосредственного отражения в сознании человека отдельных свойств предметов и явлений реальной действительности. По особенностям происхождения ощущения делятся следующим образом: а) механические, вызванные механическим движением (осязание, кинестезия, слух); б) температурные, вызванные тепловыми изменениями; в) химические — вкус, обоняние и фотохимические — зрение, поскольку химическая реакция представляет один из обязательных этапов зрительного акта на участке между действием света и возбуждением зрительных рецепторов, и г) болевые — малодифференцированные, вызываемые разными воздействиями.

Выделяют экстероцепторы, которые получают информацию извне, и интероцепторы — рецепторы внутренних органов и систем. В соответствии с этим мы ощущаем в качестве отдельных свойств как признаки окружающие объектов, так и изменения, происходящие внутри нашего организма. Необычные внутренние ощущения часто оказываются первыми сигналами о болезненных изменениях в организме, а описание их составляет большую часть жалоб больного.

Яркость ощущений обусловлена для человека не только новизной и неожиданностью действия раздражителя. Большое значение имеет опыт предварительных встреч с раздражителем и чувствительность того органа чувств, на который данный раздражитель действует. В связи с этим важным параметром чувствительности является ее порог. Порогом ощущения называют минимальную интен-

сивность раздражителя, которая вызывает ощущение соответствующего свойства. Величина чувствительности всегда обратно пропорциональна порогу ощущения. Специальными исследованиями было показано, что подпороговые раздражения также вызывают сложные изменения в центральной нервной системе человека, хотя сам факт ощущения им не осознается. В этих случаях условно говорят о «подпороговых ощущениях», закономерности формирования которых еще недостаточно изучены.

Чувствительность ряда анализаторных систем настолько высока, что превосходит самые современные технические устройства. Специалисты в области физиологии зрения подсчитали, например, что световая чувствительность человеческого глаза является почти абсолютной. Глаз улавливает световой поток интенсивностью в два кванта, иными словами — две мельчайшие световые частицы.

Ощущения представляют собой не только одну из наиболее простых категорий познания. Они вместе с тем стимулируют развитие центральной" нервной системы и г'юддерживакгг ее^еэтельностъ. Не случайно длительное лишение ощущении (в свя*зи, например, с неправильной организацией условий больничного или внебольничного содержания больного) может вызвать явления психического госпитализма — преходящие нарушения нервной деятельности у взрослых больных и невосполнимые последствия «сенсорного голода» в растущем организме ребенка. Клиника состояний, формирующихся в результате лишения ощущений (слепота, глухота, вынужденная длительная неподвижность), отличается в первую очередь явлениями психического инфантилизма: тотального или парциального. Полная социальная изоляция может привести даже к психозам.

Известно, что у лиц, лишенных с рождения одних органов чувств, компенсаторно усиливается чувствительность других. Французский энциклопедист Дени Дидро (1713—1784) описал слепого, который имел столь тонкую тактильную чувствительность, что раньше, чем специалисты с их сложными приборами, регистрировал начало солнечного затмения.

Адаптация — одно из типичных свойств ощущения. Этим термином обозначают постепенное снижение чувствительности на повторяющиеся сильные раздражители или, наоборот, повышение чувствительности под действием повторных слабых раздражений. Адаптация свойственна любому виду ощущений. Если иметь в виду вкусовые ощущения (вкус сладкого, горького, кислого, соленого), то наиболее яркой иллюстрацией может служить сладковатый вкус обычной питьевой воды, который она приобре-

тает у тех, кто перед тем съел лимон. Благодаря адаптации к сладкому порог ощущения соленого понижа-. ется. Более типична кривая так называемой темновой адаптации. По мере пребывания обследуемого в темноте чувствительность глаза увеличивается и достигает макси-. мума через 30—40 мин. В механизме зрительной адаптации, который оказался весьма сложным, существенную роль играет сенсибилизация **органов чувств,** происходящая в результате действия пороговых световых раздражений. Они собственно и замеряют меняющийся уровень чувствительности зрительного анализатора.

Наличие адаптации к болевым ощущениям подтверждено многими клиническими наблюдениями. Однако добиваться подобной адаптации у больного следует весьма осторожно и с учетом характера болей.

Болевые ощущения нередко оказываются сигналом повреждения органов и тканей. Поэтому психотерапевтические воздействия, направленные на повышение адаптации больного к боли, могут быть оправданы лишь в двух случаях: при функциональном или физиологическом происхождении болей (например, во время родовспоможения, у больных с истерическим неврозом) или при болях органического происхождения (сосудистые, ободочечные, за счет отека тканей) для уменьшения их интенсивности и облегчения страдания больного.

Изменения и расстройства ощущений чрезвычайно многообразны и их следует учитывать во взаимоотношениях врача и больного. Все ощущения в зависимости от индивидуальных особенностей физиологических систем могут сопровождаться низкой чувствительностью (гипестезии), обостренной чувствительностью (гиперестезии), выпадением чувствительности в той или иной сфере чувств (анестезии) или извращением ее (парестезии). Такие изменения или нарушения в сфере ощущений преображают индивидуальную манеру поведения больного, привносят видоизменения в его представления о болезни и могут служить основанием для недооценки или неточной оценки состояния больного врачом. В связи с этим даже простейшая проверка состояния чувствительности органов чувств больного, независимо от характера предполагаемой болезни, не является только данью традиции, но ориентирует медицинского работника в тех особенностях ощущений больного, которые могут, с одной стороны, направить клиническое мышление врача в нужное русло, а с другой — правильнее оценить самочувствие больного.

Так, больной с выраженной близорукостью не проявляет бестактность или неуважение, если подчеркнуто рассматривает лицо врача. Он плохо видит его. Некоторые

цветослепые относительно нечувствительны к красным лучам (протанопы), тогда как другие (дейтеронопы) в такой же мере нечувствительны к зеленым. Ночное зрение (или зрение в сумерках) может ухудшаться при гемеролопии — авитаминозе А.

Зрительный последовательный образ (сохранение при закрытых глазах образа пристально рассмотренного до того объекта) может иметь разную продолжительность: от «недержания образа» при явлениях нарушения самосознания (деперсонализация) до стойкого длительно сохраняющегося, например при интоксикациях; он может быть положительным (соответствовать первоначальному представлению: светлый — светлому, темный—темному) либо отрицательным (обратное соответствие впечатлений).

Длительность последовательного образа у практически здоровых лиц оказывается большей в утренние часы и укорачивается по мере утомления. Она неодинакова и в разном возрасте. Известно, в частности, что эйдетизм (способность яркого, образного воображения) свойствен отдельным лицам на протяжении практически всей жизни (например, английский **портретист** Т^йнблдс"по эйдетическому образу писал блестящие портреты), а чаще подросткам и юношам. Все это, естественно, сложно изменяет представления больного о возможностях своих переживаний, особенно зрительных ощущений, и должно тщательно учитываться врачом при обследовании.

Многообразны и слуховые ощущения. Известно, что различные проявления снижения слуха (тугоухость) привносят сложности в общение больного и врача; одностороннее снижение слуха побуждает человека занимать определенную позу во время беседы, а вызванное этим нарушение бинаурального слуха приводит к затруднениям локализации в пространстве слышимых слов, обращений.

Поскольку ощущения у человека представляют простейший сознательный^ акт, каждое из них не только биологический"но и сознательно контролируемый и подвластный направленной коррекции тип реакции на раздражитель. Диапазоны чувствительности анализаторных систем отличаются дополнительным параметром — резервом возможностей возбудимости. Одни люди обычно работают почти на весь запас возможностей, и предел последнй* очень близок (а следовательно, запечатление нового оказывается ограниченным). Другие, наоборот, располагают значительным запасом обычно не используемых мозговых систем и поэтому гораздо более широкой способностью реагировать на новые запросы жизни, большими возможностями приспособления к новым условиям жизни. Поэтому такие лица легче переносят напряженную психическую

деятельность и проще адаптируются к конфликтным ситуациям.

Принципиально такие же формы адаптации обеспечивают и более сложные проявления психической деятельности, но механизм этот обнаруживает себя уже на уровне ощущений.. Поэтому не случайно, что повышенная раздражительность, легко возникающая у больных с соматическими формами патологии, является следствием выхода за предел реакции индивидуума на раздражители.. В связи с этим воспитание как у больного, так и у врача спокойного отношения к внутренним и внешним обстоятельствам, упорядоченных, уравновешенных реакций на них равноценно воспитанию широкого диапазона (запаса) возможностей соответствующих функциональных систем.

Восприятием называют форму отражения целостных объектов действительности в единстве присущих им свойств и качеств. Если ощущения мы получаем, как правило, через отдельные системы рецепторов или органов чувств, то в акте восприятия.„участвуют- многие анализаторы с преимущественным вовлечением^ одного из них. В связи с этим говорят о слуховых и зрительных восприятиях (восприятие формы, пространства, цвета) и др.

Акт восприятия условно можно разделить на два этапа. Первый — процесс непосредственного отражения объекта — обозначают обычно термином «перцепция». Как уже было сказано, при рассмотрении ощущений образ впечатления, возникающий в ходе восприятия, обязательно осознается человеком. Механизм такого осознавания состоит, в частности, в сопоставлении данного образа с иными, ранее сформировавшимися, сличении его с образами, накопленными в' результате опыта. В свою очередь опыт проявляется в индивидуальных особенностях человека, в выявлении возникающих потребностей, стремлений, отношений к окружающим лицам и обстоятельствам. Второй этап восприятия — сам процесс сопоставления образа впечатления с индивидуальными особенностями опыта, осознания его индивидуумом — называют апперцепцией. Между отраженным объектом и образом впечатления в акте восприятия не бывает абсолютного тождества. Многообразие нюансов такого несоответствия и определяется апперцепцией и оказывается тем более значительным у человека больного, чем здорового. Это несоответствие зависит, в 'частности, от степени выраженности эмоционального компонента. В преимущественно рациональных (рассудочных) психических действиях степень несоответствия меньше. В психических действиях, определяемых преобладающим значением аффекта, она резко возрастает. Такая кататимия

(Х. В. Майер) — преобразование содержания психических действий под влиянием аффекта — может обусловить даже извращенное, ошибочное, несоразмерное восприятие объектов или обстоятельств.

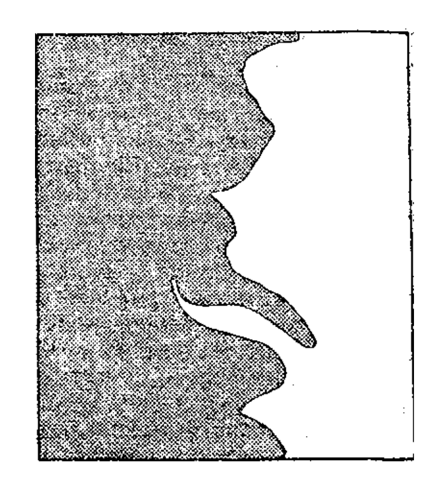


Рис. 2. Фигура и фон.

Хотя процесс восприятий связан с непосредственным действием объекта на органы чувств, степень абстрагирования от реального объекта в нем более значительна чем в акте ощущения. Не случайно, что и в категориях познания восприятие занимает высшее место в ряду тех из них, которые определяют непосредственное познание действительности (раздражимость, ощущения, восприятия). Эта более высокая абстрактность акта восприятия, с одной стороны, обеспечивает высокую избирательность восприятия, а с другой — определяется ею.

Несоответствие между объектом и образом впечатления не является недостатком или несовершенством восприятия. Наоборот, такое несоответствие собственно и образует те противоречия (между отражением и отношением, между прямой и обратной связями в системе), борьба которых оказывается движущей силой развития психики, а вместе с тем и механизмом проникнэвения в природу вещей (познания). Большое значение имеет учение о «фигуре и фоне» в процессе восприятия.

Если все в поле рассматриваемого объекта состоит из белой и черной частей, которые соприкасаются по контуру, то в качестве фигуры в этом объекте можно видеть то белую, то черную часть, тогда как другая часть становится фоном (рис. 2).

Одним из важных существенных качеств является константность (постоянство) восприятия. Константность сохраняется при восприятии разных объектов. Поэтому говорят о константности величины воспринимаемых объектов, их формы, цвета. Этим термином обозначают постоянство перечисленных и иных свойств объектов, независимо от изменения условий, направления их восприятия. Так, при большем или меньшем удалении объекта от глаза он воспринимается как имеющий одина-

ковые размеры, форму и цвет, независимо от того, рассматриваем мы его слева, справа, сверху, снизу.

Широкий диапазон изменчивости восприятия у разных людей привносит различие в мироощущение соответствующего лица. Болезненные изменения процессов восприятия могут выступать в форме иллюзий (ошибочное восприятие реально существующих в воспринимаемом пространстве предметов и явлений действительности), галлюцинаций (возникновение зрительных, слуховых и других образов при отсутствии в воспринимаемом пространстве соответствующих им объектов), расстройств оптико-пространственных восприятий (диплополиопия—двоение, множение образов, предметов; микромакропсия — восприятие объектов уменьшенными или увеличенными; дисморфопсия — восприятие предметов деформированными по сравнению с реальными; порропсия — восприятие объекта удаленным по сравнению с фактическим его положением).

Даже эти немногие иллюстрации показывают, что патологически измененные акты ощущения и восприятия, своевременно не распознанные врачом, могут внести дополнительные, иногда чрезвычайные осложнения в мироощущения больного, а следовательно, и во взаимопонимание между врачом и больным. Более того, сложные изменения и расстройства актов ощущения и восприятия нередко становятся основанием для неадекватной оценки болезненных переживаний, для гротескно усиленных (гипернозогнозия) или необоснованно недооцениваемых (анозогнозия) представлений больным изменений, происходящих в организме.

Мнестически-ассоциативная деятельность

В основе сложных психических процессов лежит связь (ассоциация) образов представлений, образов впечатлений в единые системы, отражающие взаимодействие, взаимопроникновение, внутреннюю общность и особенность объектов окружающей действительности. В ассоциативной деятельности головного мозга и более демонстративно, чем при рассмотрении других психических функций, прослеживается значение памяти, способности сплачивать настоящее с прошлым, закреплять пережитое с переживаемым, создавать условия для предвосхищения (антиципации) событий.

Память (мнема), по определению Семона, биологическое свойство материи изменяться под влиянием однажды воспринятых раздражений. Последние оставляют следы (энграммы), которые при известных условиях способны оживать или, по выражению Семона, экфорировать. Содержание ее заключается в том, что события, сигнал или

информация были получены биологической системой и оставили в ней след. Воспоминание немыслимо без сложных предшествующих изменений материального субстрата. Память (мнестическая функция) определяется сохране-: нием и последующим использованием ранее полученной информации. В свою очередь эффективность мнестической функции обусловлена: уровнем внимания в момент получения информации; повторением опыта для закрепления полученной информации; аффективной насыщенностью опыта, заинтересованностью в нем и, наконец, организацией знаний, суть которой состоит в том, что новая информация распределяется с таким расчетом, чтобы занять определенное, подобающее ее актуальности место.

Факты современной нейрофизиологии показывают, что под действием обучения усложняются и модифицируются межнейрональные синаптические связи. Доказано, что РНК нервных клеток может служить основой кода информации. Известно, в частности, что количество РНК в нервных клетках крысы достоверно увеличивается после обучения. Это нашло подтверждение в двух сериях опытов: при так называемой передаче обучения и ликвидации обучения. В первом случае у планерок (род червей), которых кормили РНК, полученной от других червей с выработанным условным рефлексом, было обнаружено быстрое приобретение соответствующего условного рефлекса. Во второй группе опытов черви, обработанные рибонуклеазой (ферментом, разрушающим РНК), утрачивали ранее выработанные рефлексы.

Нервные импульсы в результате игры генов депрессоров-репрессоров специфическим образом кодируют ДНК. В результате такой код организует и упорядочивает синтез молекул соответствующих РНК, который в свою очередь обеспечивает синтез специфических протеинов информации.

И. М. Сеченов оценивал память как основное условие психической жизни, как «краеугольный камень психического развития». По сути дела все индивидуальные особенности психической деятельности, включая, естественно, акты ощущения, восприятия, своеобразия представлений, формирования понятий, суждений и умозаключений (выводов), определяются состоянием мнестических функций.

Идет ли речь о нестойкости (лабильности) или о чрезмерной фиксированное™ суждений (навязчивые, необычайно закрепленные в сознании, неотступные явления психики — мысли, страхи, чувствования, поступки, осознаваемые как несвоевременные, ненужные, но активно не поддающиеся коррекции); сверхценные —

эмоционально переоцениваемые человеком; бредовые — стойкие болезненные ошибочные суждения, ложность которых больной не понимает и даже берется за их осуществление, имеет ли место чрезмерно быстрая смена идей (ускоренное мышление) или замедленное формирование их (заторможенное мышление) — во всех этих случаях нарушения темпа или содержания мышления имеют в своей основе сложные изменения и нарушения мнестически-ассоциативной деятельности. Такие расстройства могут нарушать полноту и точность взаимопонимания врача и больного.

Состояния стойкого усиления памяти (гипермнезии) практически малосущественны. Более значимы состояния ослабления (гипомнезии), выпадения (амнезии) и особенно извращения (п'арамнезии) памяти. Наиболее частыми проявлениями последних оказываются вымыслы (конфабуляции) и ошибочная расстановка во времени реально пережитых ранее событий (псевдореминисценции).

Особенности интеллекта

Интеллектуальные особенности также могут создавать трудности во взаимопонимании врача и больного. Интеллектуальность, общая одаренность человека чрезвычайно разнообразны и особенно существенно преображают индивидуальный облик человека. Клинически наиболее значительные изменения интеллекта проявляются в состояниях разной степени выраженности ол^г^оф^ении (врожденное малоумие) или деменцг^и (приобретенное слабоумие). Малые степени недостаточности интеллекта приводят к'"и^ротгнпму, неглубокому осмысливанию обстоятельств жизни, к трудности усвоения абстрактных категории, суждений, умозаключений. Массивные состояния слабоумия вызывают беспомощность в решении даже простейших обыденных вопросов жизни и несложных обстоятельств. Больному со сниженным интеллектом необходимо умело и в доходчивой, простой форме излагать вопросы, инструкции и рекомендации.

Эмоциональные состояния

Чувства (приятные, неприятные) могут существенно преображать облик больного и усложнять процедуру его взаимоотношений с медицинским работником. При подъеме настроения (относительно стойкого эмоционального состояния), которое выражается в эйфории, все психические проявления больного приобретают более оживленный, ускоренный характер. Речь становится быстрой,

мысли, сменяя одна другую, иногда приобретают форму «скачки идей», движения делаются малокоординированными, быстрыми, размашистыми, приобретают экспансивный характер. На высоте таких состояний оценка обстановки больным оказывается поверхностной, фрагментарной. Сопутствующее субъективное чувство приятного, радужного настроения приводит к тому, что представления о собственных болезненных переживаниях сглаживаются, критика в оценке своего состояния и поведения понижается, а иногда и полностью отсутствует.

В противоположных крайних состояниях развивается болезненно мрачное, угрюмое, подавленное настроение к;пре г си яУ которому сопутствуют замедление течения психических процессов, скорбная мимика, скованность и обеднение движений. Формируется пессимистический взгляд на обстоятельства жизни, чувство безысходности и нередко болезненно обостренная самокритика (гипернозогнозия): укоры, упреки в связи с приписываемыми себе прегрешениями.

Наряду с такими растянутыми во времени состояниями измененной эмоциональности у отдельных больных приходится наблюдать аффекты (бурно протекающие изменения настроения). На высоте этих состояний сознание нередко сужается, результатом чего оказывается неполная, несовершенная оценка ситуации, а в связи с этим и неправильные поступки и действия.

Для изучения эмоциональных расстройств в первую очередь исследуют механизмы симпатико-адреналовых, адренокортикальных и тиреоидных функций. С этой целью, в частности, определяют содержание катехоламинов и креатинина в моче, свободных жирных кислот, триглицеридов, йода, связанного с белком, и других компонентов плазмы крови. В результате удаемся косвенно судить о нарушении обмена веществ при разных эмоциональных состояниях. Эта тесная связь, которая наблюдается между внешними выразительными движениями организма, субъективным переживанием приятного или неприятного и сложными изменениями метаболизма, представляет собой одну из дополнительных иллюстраций единства психического и соматического и показывает, насколько тонкими и деликатными должны быть формы обращения врача с больным.

Состояния сознания

Особенности сознания накладывают отпечаток не только на качество и полноту самочувствия больного человека. Разные уровни ясности сознания существенно видоизменяют как целостность сознания и самосознания себя и

окружающих обстоятельств, так и глубину контакта между врачом и больным.

Не вдаваясь в специальные детали, подробно обсуждаемые в курсе клинической психиатрии, отметим лишь, что нарастающие состояния оглушенности сознания, максимумом развития которых являются субкоматозное (сопор) и коматозное состояния, прогрессивно снижают ориентировку больного в ситуациях, месте, времени. Все внешние обстоятельства с большим трудом ассимилируются во внутренних переживаниях больного, тогда как все внутренние, субъективные переживания с не меньшими затруднениями приобретают внешнюю выразительность. В этих состояниях поле сознания больных свободно от мнимовосприятий, болезненных ложных идей и других признаков психического расстройства.

Другая форма помрачения сознания — сумеречное расстройство его — представляет болезненное сужение поля сознания, что ограничивает ассимиляцию больным всего объема впечатлений от объектов, находящихся в воспринимаемом пространстве. В результате пережитые события амнезируются по выходе больного из состояния помраченной ясности сознания.

При двух следующих состояниях расстройства сознания развивается не только дезориентировка в окружающем, типичная для любого расстройства сознания, но и возникает обилие зрительных галлюцинаторных (делирий) или символических фантастических образных переживаний (онейроид).

Естественно, что развитые, развернутые состояния помрачения сознания грубо нарушают восприятие и оценку любой реальной ситуации больным, в том числе и обстоятельств медицинского обследования. В болезненных высказываниях их преобладают сложные формы неадекватной оценки обстоятельств.

Изложенные диапазоны возможных отклонений отдельных психических функций раскрывают один из механизмов индивидуальности психики. Он, однако, не исчерпывается особенностями сфер психики. Значительно больше индивидуальность проявляется в личности и уровнях ее формирования.

УЧЕНИЕ О ЛИЧНОСТИ

Научиться владеть собой, разумно управлять своими реакциями в разных обстоятельствах, в том числе и в условиях медицинского обследования, означает не только уметь приспосабливаться к изменениям жизни, предупреждать случаи повреждения организма или неблагоприятное развитие болезни, но и обрести глубокую способность

чувствовать красивое. Воспитать в себе высокое эстетическое и этическое чувство, легко воспринимать прелесть благородства и нравственных поступков и, наконец, достигнуть такого состояния, когда труд, полезная общественная деятельность, творчество вызывают безграничную радость, чувство полноты жизни, иными словами — сформировать высшие интеллектуальные эмоции. Все это **составляет** звенья сложного процесса становления личности человека^ который продолжается всю жизнь под 'влиянием условии коллективной и общественной жизни.

Известно, насколько велико многообразие людей, как многолики и иногда значительны индивидуальные их качества. Не существует двух совершенно одинаковых людей, двух однотипных индивидуальностей.

Индивидуальность человека проявляется очень ^ногими признаками, на что обратили внимание еще мыслители и врачи древности. Аристотель в свое время предлагал по выражению лица различать здоровых людей, а Гиппократ — разграничивать особенности состояния больных. Аристотель, в частности, отличал людей злобных, гневливых от спокойных, доброжелательных, смелых — от трусливых, порядочных — от Оесстыжих и др. '

Внешне индивидуальность человека находит наиболее полное выражение в свойственных ему особенностях позы, манеры держаться, характере движений, в выразительности реакций всего тела (пантомимика), в сво_еабразиях выражения лица (мимика), глаз, тонких движениях рук. пальцев, выполняемых невольно или намеренно.

Много индивидуального содержат в себе все движения человека^Б^к^торых' нахбДят выражение чувства *и* **пере**живания. Не""случайн6 "стали общёупотрёбимымй многие ""выражения, в которых душевные состояния определяются в действиях: «положа руку на сердце», «руки опускаются», «пасть под ударами рока» и др. Выразительная игра мышц лица нередко столь_, тоцко, ^от_ражает Душевные в^ЯЯёШяГ что именно лицо называют «зеркалом..дущи.».

"Индивидуальность выразительности определяется не только особенностями и манерой движений, но и типичным для них сочетанием участвующих в движении групп мышц, а также сопутствующими двигательными реакциями, сосудистыми изменениями^деятельностью жел£3. Иными словами, м" '"»дя интуидидуа пйность"* 'раскрывает особенности внутренних психических действий. Чем более тонки, совершенны и зрелы нервно-психические процессы у индивидуума, тем выразительнее, содержательнее и, "Чрче внешний его ооликуи в первую очередь мимика, и пантомимика. А тем самым тоньше, мягче, моложавее _и разумнее выражение лица? Еще древние греки обратили "внимание на то, что творческий, радостный труд —

занятие науками — °Д2М2£1. старость. Радостные чувства благотворно сказываются наГвсем оолике человека: делают его лицо здоровым, лучезарным, кожу лица — гладкой, подтянутой, эластичной. Наоборот, печаль и грусть— постоянные спутники пессимизма — сопутствуют мрачной, серой физиономии, придают лицу черты непривлекательности, делают некрасивым. Не трудно видеть, что преобладающие чувства не только находят выражение в мимике и пантомимике, не только получают СООХЗРГГ,ГН УЮЩИЙ аккомпанемент н сосудистых и прущих ве,гетатияных реакциях, но, что особенно важно, определяют сложные формы деятельности и творчества человека.

Замечательный русский баснописец И. А. Крылов писал в «Послании о пользе страстей»:

«... тогда лишь люди стали жить,
Когда стал ум страстям людей служить»,

тем самым страстям, которые

«ведут — науки к совершенству,
Группа_ко злу, философа к блаженству!»[1]

Таким образом, составные части индивидуальности представляют собой качества психики, а каждая индивидуальность отличается от другой типичной для нее степенью гармонии слагающих элементов. То же- можно сказать и о многих состояниях человека, которым также свойственны определенные признаки, сочетающиеся по-разному у лиц с различной индивидуальностью.

Здоровье и жизнерадостность характеризуются, в частности, способностью продолжительного напряжения тонуса мускулатуры тела, что находит свое выражение в первую очередь в позе человека (прямая спина, развернутые плечи, поднятая голова), в ГОРДОЙ осанке, живости. активности, неутомляемости, свежести и оригинальности ^ума: в преооладании мимики радости, бодрости жизнеутверждающего оптимизма.

Наоборот, усталость, слабость, болезненность находят выражение в падении, хилости тонуса произвольной мускулатуры (согбенная поза, опущенные плечи, сутулая спина, поникшая голова); в затруднении, вялости, лености мысли; в безрадостном, пессимистическом взгляде на жизнь, в разлаженном самочувствии, переживании дискомфорта.

УРОВНИ инттивипуальности К настоящему времени обозначают установившимися терминами: темперамент, характер, личность. Такое деление типично лишь для последних

[1] Крылов И. А. Сочинения. Т. 2. М., 1955, с. 249 и 251.

неповторимым типом взаимоотношений с общественной (социальной) действительностью и высокой степенью самосознания — сознания своей общественной принадлежности.

Нетрудно видеть, что личность представляет собой такой уровень индивидуальности, содержание которого целиком определяется общественной, социальной сущностью человека. Еще Аристотель говорил, что человек — животное общественное. «Индивид, — писал К. Маркс, — есть *общественное существо.* Поэтому всякое проявление его жизни — даже если оно и не выступает в непосредственной форме *коллективного,* совершаемого совместно с другими проявлениями жизни, является проявлением и утверждением общественной жизни»[1]. Естественно поэтому, что основа личности определяется характером социально-экономического строя, в котором воспитывается и живет человек. Капиталистической форме общественных отношений способствует формирование буржуазных тенденций в личности. Это образно показано Вильямом Сиднеем Портером (известным под псевдонимом О. Генри). «Все мы, — писал он, — вынуждены быть уклончивыми, лицемерными и лживыми каждый день нашей жизни... В присутствии других мы так же должны играть роль, как и носить платье». Если бы этого не было, продолжает Портер, «... весь наш общественный строй в первый же день развалился бы на куски».

В юности на основе индивидуальной личности формируется общественная, социальная личность. Такое формирование происходит неравномерно, небесконфликтно. Противоречия, в частности, происходят в результате сложного взаимодействия между сложившейся индивидуальной личностью и теми новыми ее компонентами, которые возникают в связи с требованиями социальной среды. Это противоречие чаще ведет не к нарушениям формирования, а к изменениям формирующейся личности.

Гармония или разлаженность формирования личности порождает либо прямолинейную личность, соответственно оценивающую действительность, либо разные варианты двуликости (многоликости), основой которой служит несоответствие между традиционной, внешней и внутренне сложившейся оценкой действительности. Двуликость может стать основой двуличности индивидуума, особенно в условиях классового общества. Не случайно народная мудрость выразила это в пословицах и поговорках: «Не в службу, а в дружбу», «Не за страх, а за совесть», «Не по службе, а по долгу» и др. Личность собственно и

[1] **Маркс К. и Энгельс Ф. Из ранних произведений.— М., 1956, с. 590.**

определяет неодинаковое, двойственное поведение люден в разных условиях: любящий отец, хороший семьянин^— небрежен в обращении с государственными финансами; любящий, порядочный отец — бестактный, задира на производстве и др.

Элементы оправданной, закономерной двуликости свойственны практически всем людям. Вопрос сводится к тому, какова степень, каково постоянство и каковы качества такой двуликости, особенно в их общественной (социальной) значимости?

Естественно поэтому, что управлять своей личностью, исправлять определенные черты ее это в первую очередь означает правильно выбрать наиболее значимые, наиболее совершенные элементы общественной жизни, воспитывать их в своей созревающей личности; подражать лучшему, достойному, красивому; создавать в себе силу, гармонию, такт, мужество, спокойствие, благожелательность к людям; формировать в характере мудрость, благородное отношение к любому человеку, чувство заботы и любви к ближнему; быстро, верно оценивать обстоятельства и уметь гибко, легко исправлять свое мнение, отношение к окружающим и быстро переходить от былого неточного и ошибочного мнения к новому, более верному и правильному. Все эти качества, без особого труда постигаемые в результате самовоспитания и тем более общественного воспитания, и создают цельную, совершенную, социально емкую и богатую личность нашего замечательного современника.

Оправданная двуликость начинает формироваться после 3 лет. Непосредственность ребенка состоит, в частности, в том, что он напрямую задает вопросы или заявляет о своих нуждах. По мере же созревания ребенок начинает все более тонко по-разному вести себя в разных жизненных ситуациях, удовлетворяя свои потребности, но не нарушая традиционно сложившихся норм поведения в коллективах и обществе.

Человек потому и становится многоликим и быстро переключаемым, что он встречается в жизни с чрезвычайным обилием общественных ситуаций. Это одна из наиболее совершенных форм адаптации, приспособления человека к социальной действительности. Приходя в семью, где горе, мы ведем себя должным образом. Это соответствует данному настроению коллектива. На производстве мы стремимся не поднимать вопросов, которые не имеют отношения к трудовому коллективу, и, наоборот, возвращаясь в семью, стремимся не говорить о работе. Но эгоцентрик может использовать двуликость как двуличность в собственных интересах. Он может прийти опечаленным на похороны родственника в надежде получить

наследство. Истинной печали у него нет, но он играет* надевает личину, чтобы произвести соответствующее впечатление.

Таким образом, личность представляет собой категорию не столько биологическую, сколько социальную и социально-психологическую.

Знание врачом законов формирования личности позволяет планомерно исправлять аномальные качества ее, прибегая к использованию оптимальных приемов воспитания и обучения человека, а тем самым и предупреждать закрепление аномальных форм характера **и,** что еще более существенно, пограничных нервно-психических расстройств. Личность всегда, с одной стороны, монолитна, едина **и** целостна у данного человека, **и** вместе с тем она отличается множественностью, многообразием, многопредставленностью в разных обстоятельствах жизни. Именно личность как высшее проявление индивидуальности обеспечивает сложнейшую систему взаимосвязи человека с действительностью, систему взаимоотношений в разных, меняющихся обстоятельствах общественной среды.

Основными компонентами личности являются особенности темперамента и характера, способности и направленность (потребности, интересы, установки). Потребности личности, определяющие ее направленность, бывают биологические (органические), личные (психологические) и сверхличные (общественные). **В** структуре каждой нормальной личности разные потребности находятся во взаимозависимости **и** взаимогармонии, которые определяются общественными обстоятельствами, сопутствующими проявлению личности. **В** связи с этим направленность личности и зависит в первую очередь от особенностей преобладающих отношений к жизненным обстоятельствам.

Уровень развития личности раскрывается в способностях, функциональных возможностях психической деятельности (состояние эмоциональности, направленности интересов, интеллекта) **и** определяет степень простоты или сложности, общности или дифференцированности, грубости или тонкости. Преобладание общественных интересов над личными является одним из ведущих критериев социальной ценности личности, ее общественной дифференцированности.

Общая структура личности раскрывается в типичной для нее взаимосвязи основных компонентов. Принципиальная цельная личность всегда отличается единством формы выражения (поведения) и содержания (решительность, постоянство). Как видим, нормальная личность обеспечивает высокую степень адаптации к многообразным условиям социальной действительности и адекватного

поведения в них. Аномальные личности, напротив, обычно в такой степени отклоняются от условной средней нормы, что даже в благоприятных внешних общественных обстоятельствах испытывают субъективные трудности или отличаются дисгармоничным поведением в ходе приспособления к жизни.

Богатство индивидуальности, раскрываемое в личности, обеспечивает в медицинской психологии чрезвычайное многообразие взаимоотношений между больным и врачом. Оно не только расширяет их взаимопонимание, но при аномальных качествах нередко становится существенным тормозом в налаживании и закреплении отношений. Поэтому врач должен не только теоретически (изучая специальную литературу), но и практически в повседневном общении с больными постоянно изучать их характер и личность, уметь тонко подмечать те особенности индивидуальности больного, которые обеспечивают ему максимальное проникновение в мир болезненных переживаний для оказания своевременной и возможно более совершенной помощи страдающему человеку. Он должен уметь не менее тонко подмечать те сохранные, здоровые установки личности, разумное использование которых помогает оздоровить аномальные проявления личности.

Глава VII

ОСНОВЫ ПСИХОГИГИЕНЫ, ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ

ПСИХОГИГИЕНА

Термином «гигиена» обозначают обычно учение о здоровье, науку о сохранении и поддержании здоровья, тот раздел профилактической медицины, который занимается изучением влияния физических факторов внешней среды на здоровье человека и разрабатывает мероприятия, корригирующие среду, предупреждающие возникновение болезней и обеспечивающие здоровье человеку.

Средой человека, однако, служит не только природа, не только среда физических явлений, но и в первую очередь человеческий коллектив, человеческое общество, т. е. среда общественных социальных влияний.

Человеческая психика, формы человеческих взаимоотношений, тем более в современном обществе, настолько многообразны, что для их изучения сформирован специальный раздел гигиены, который получил название психогигиены.

Психогигиеной называют науку об обеспечении, сохранении и поддержании психического здоровья, иными словами,

систему мероприятий, направленных на сохранение и укрепление психического здоровья человека. Психогигиена со времени ее зарождения была постоянно и непосредственно связана с психопрофилактикой, предупреждением возникновения, формирования и развития психических болезней. Но если психопрофилактика больше нацелена на предупреждение возникновения конкретных психических расстройств, то основной задачей психогигиены является формирование и поддержание психического здоровья. Психогигиена связана также с психотерапией, поскольку последняя содержит многие приемы и методы, способствующие лечению возникших заболеваний и коррекции нормальных качеств индивидуальности, нормальных качеств личности, которые, однако, в той или иной степени выходят за пределы гармонии и могут привести к ее нарушению. Таким образом, тесно сосуществуя с психопрофилактикой и психотерапией, непосредственно вытекая из гигиены, психогигиена представляет собой самостоятельный раздел медицинской науки со своими целями, задачами и приемами исследования.

Разнообразие в понимании сущности психогигиены в настоящее время определяется в первую очередь особенностями методологических взглядов. Так, в США, во Франции и Англии многие специалисты объединяют психогигиену с некоторыми вариантами психоанализа Фрейда. В европейских странах немецкого языка (особенно в ФРГ и меньше в Австрии) психогигиенические критерии сливаются во взглядах отдельных исследователей с философией существования и принципами экзистенциализма. Наиболее обоснованными и передовыми следует считать принципы психогигиены, исходная позиция которых обеспечивается философией диалектического и исторического материализма, т. е. пониманием того, что мир по своей природе материален, материя находится в вечном, бесконечном движении, имеющем свои внутренние закономерности, что столь же материальная и биологическая сущность человеческого организма, психические процессы представляют не что иное, как продукт высшей нервной деятельности человеческого мозга, психическая деятельность осуществляется по тем же законам природы и раскрывается в свойственной ей внутренней диалектической сущности, что специфические качества человека определяет его общественная (социальная) сущность.

Систематика вариантов (разделов) психогигиены может быть представлена двояко. Во-первых, так, как это делается в некоторых традиционных руководствах. При этом обычно говорят о возрастной психогигиене, психогигиене физического или умственного труда, психогигиене обучения, психогигиене быта, психогигиене семьи и поло-

вой жизни, психогигиене больного человека, специальных разделах психогигиены типа космической, инженерной и др.

Следует, однако, помнить, что психика, субъективный мир человека не только чрезвычайно изменчивы, но, что еще более важно, непрерывно обновляются, совершенствуются, восполняются элементами нового. Поэтому ставить знак равенства между психикой ребенка, подростка, юноши, человека зрелого возраста и пожилого вряд ли допустимо. Наиболее полной систематикой разделов психогигиены может быть лишь такая, которая строго учитывает сравнительно-возрастные особенности формирования психики на разных этапах жизни человека. Таким образом, вторым подходом систематики психогигиены является ее сравнительно-возрастной аспект.

. Можно следующим образом классифицировать аспекты психогигиены.

Психогигиена детства. В детстве происходит последовательное усложнение впечатлительности ребенка. Растущее значение впечатлений, роль которых, естественно, сохраняется и позже — всю жизнь, особенно наглядно прослеживается до 12—14-летнего возраста. В этот период ребенок живет главным образом впечатлениями, а психическая деятельность его формируется в первую очередь на основе впечатлений объектов и явлений непосредственной деятельности. В отличие от этого подросток, начиная с 12—14-летнего возраста, строит свои суждения и умозаключения уже не только на основе непосредственных впечатлений действительности, но и на пересочетании образов непосредственных впечатлений с образами памятных представлений. В связи с этим субъективное оперирование такими образами, рефлексия становятся более типичными для подростка и юноши, чем, в частности, и отличается их психика от психики ребенка. Психогигиена детства строится на особенных качествах психики ребенка и обеспечивает гармонию формирования его психики.

Главная особенность деятельности ребенка сводится к тому, что она проявляется всегда **в** играх. Ни **в** каком возрасте игра не имеет такого значения для формирования психики, как в детском. Именно поэтому правильная последовательно усложняемая организация игровой деятельности ребенка—залог более последовательного и строгого формирования психики.

Формирование психики ребенка направляется не стихийно, не просто пересочетанием переживаемых им непосредственных жизненных ситуаций. Такое формирование обеспечивается исторически сложившимися системами воспитания, которые в большей или меньшей степени используются в воспитательном потенциале семьи. Пов-

седневная практическая жизнь, обилие человеческих индивидуальностей, возможности возникновения аномалий в формировании психики — все это свидетельствует о том, что воспитание ребенка не может быть неорганизованным, оно направляется семьей и воспитателями дошкольных учреждений и основывается на принципе последовательности, этапности. Воспитание становится действенным орудием в формировании гармонической личности и психического здоровья при строгом учете всех достижений психогигиены.

Воспитание представляет собой непрерывный процесс, который уже на ранних этапах жизни ребенка включает элементы обучения. Однако с началом посещения школы главным воспитателем ребенка становится уже вся система обучения. Последняя не только обогащает его знания и навыки, но, что более важно, при правильной организации оздоровляет психику, обеспечивает ее гармонию. Наоборот, дефекты обучения могут легко сказаться на надломе отдельных еще не развитых элементов психики ребенка, могут облегчить ретардацию[1] или акселерацию[2] развития отдельных элементов и, следовательно, привести к формированию аномальных черт личности. Иными словами, психогигиена обучения — один из ведущих и чрезвычайно существенных разделов психогигиены, обеспечивающий в особенно ранимом и подверженном разнообразным влияниям подростковом возрасте сохранность формирования психики.

Сравнительно-возрастное рассмотрение психогигиены позволяет разграничить психогигиену полового чувства и собственно психогигиену половой жизни.

Известно, что именно в подростковом возрасте, в пубертатном периоде развития появляются первые, нередко «темные чувства» происходящих в организме изменений в связи с половым созреванием и началом половой зрелости. У девочек, кроме того, этот период сопровождается иногда неожиданным для них появлением менструаций со всеми вытекающими из этого психологическими последствиями. Начинающиеся у подростка сложные биологические изменения всегда сказываются на оценке им действительности, семьи, коллектива, общества. Однако жизненная практика свидетельствует о том, что все эти изменения протекают значительно менее болезненно и не нарушают гармонии формирующейся психики подростка,

[1] Ретардация — отставание, задержка развития одной или нескольких функциональных систем.

[2] Акселерация — те случаи развития, в которых одна или несколько функциональных систем развиваются, значительно обгоняя типичную для них хронологию.

если последний разумно подготовлен к их началу, если ему оказана помощь со стороны взрослых, если мироощущение его корригируется по мере возникновения неосознанных и непонятных в самом Начале чувств. Этим и оправдывается выделение психогигиены полового чувства, которая, с одной стороны, исследует, а с другой — разрабатывает мероприятия, направленные на поддержание формирующейся гармонии психики в пубертатном периоде развития ребенка.

Психогигиена юношества. Юношеский возраст по систематике возрастов разными исследователями далеко не всегда четко отграничивается от подросткового, однако его отличают столь существенные особенности по сравнению с подростковым (отрочеством), что он нуждается в самостоятельном выделении. Юношество в отличие от отрочества—это прежде всего переход к формированию общественного сознания, общественного самосознания, к пониманию того, что любой элемент деятельности индивидуума, любое качество, свойственное ему, не является уделом жизни и деятельности самого индивидуума, а порождается коллективной, общественной деятельностью, общественной" принадлежностью. Юношеский возраст (17—21 год), в отличие от отрочества, это период, когда человек выходит на арену самостоятельной жизни и самостоятельной деятельности. Это период, когда человек впервые приобретает права гражданства, качества полноценного члена общества, впервые начинает отрываться от семьи, сложившихся традиций в ней и формировать новое мировоззрение, представление о семье, а позднее и новую семью. Все эти особенности нуждаются в специфической коррекции, специфическом управлении ими для сохранения и поддержания наиболее передовых, совершенных, гармоничных качеств психики будущего. Именно поэтому правомерно выделение психогигиены юношества как самостоятельного раздела. Психогигиена юношества в дальнейшем будет, видимо, подразделена на психогигиену студенчества и психогигиену работающего юношества, производственной молодежи. Если общие качества юношества, показанные выше, типичны для тех и других, то образ жизни студенчества и производственной молодежи далеко не одинаков, а это накладывает отпечаток на формирующуюся психику как тех, так и других.

Психогигиена зрелого возраста. Различный возраст, в котором начинается систематический труд, разные, особенно современные формы труда, связанные с необходимостью общения с автоматическими устройствами, счетно-решающими машинами, автоматическими и полуавтоматическими линиями и заводами, порождают многие сложности в психической деятельности. Эти сложности, как и

любые другие влияния жизни, могут оказывать благотворное или разрушительное воздействие на человека. Последнее зависит от того, будет ли такая сложность новых видов труда психогигиенически осмыслена и будут ли разработаны мероприятия, направленные как на облегчение условий новых видов труда, так и на использование особенностей такого труда для совершенствования, обогащения психики, а не повреждения ее.

В результате чрезвычайной специализации форм трудовой деятельности и вследствие, в частности, сложнейшей механизации, автоматизации и специализации внутри психогигиены труда, естественно, формируются специфические разделы (психогигиена инженерная, военная, авиационная, космическая и др.).

Не менее существенно разделение психогигиены труда на психогигиену умственного, физического труда и психогигиену творческого процесса. Творчество типично как для физического, так и для умственного труда. Однако в настоящее время все еще сохраняются различия между некоторыми видами творческого труда, умственным и физическим трудом. Жизнь намечает такие передовые социальные мероприятия формирования гармонического человека будущего, в результате которых грань, между физическим и умственным трудом будет постепенно ликвидирована. В связи с этим, естественно, оба эти варианта труда одновременно сольются и с творческим. В настоящее время психогигиена труда должна сохранять дифференцированный подход к разработке мероприятий, направленных на сохранение психического здоровья при разных формах физического, умственного и творческого труда.

Между семьей и другими видами коллектива много общего, но вместе с тем семья представляет собой такую специфическую ячейку коллектива, которая отличается многими, свойственными только ей особенностями.

Это обусловлено историей взаимоотношений в семье мужа и жены, кровной близостью родственных связей внутри семьи, особенностями традиционно сложившихся отношений между родителями и детьми, матерями и дочерями, отцами и сыновьями и др. Особенности семьи как коллектива определяются также единством жилья, быта, своеобразием индивидуальной собственности на предметы домашнего обихода и др. Существенную роль играют особенности взаимоотношений близких семей (семья родственников) и семей территориально близких (далеких по крови). Вопрос психологии семьи чрезвычайно сложный и до настоящего времени мало разработан. Психогигиена семьи представляет собой один из важнейших разделов психогигиены, который направлен на разработку и регламентацию мероприятий, упорядочивающих

жизнь семьи и создающих благоприятные условия для формирования психической индивидуальности каждого ее члена.

Трудно согласиться с Фрейдом и его пансексуализмом, с утверждением, что сексуальная жизнь, либидо являются ведущим стимулом человеческой деятельности, определяющим ее психический склад, интересы, жизненные цели и др. Переоценка роли полового фактора ничем не оправдана. Вместе с тем было бы неправильно недооценивать этот фактор, поскольку он определяет одно из самых кардинальных влечений человека, влечение к продолжению рода. Жизнь — свидетельница того, как многобразны коллизии между людьми, возникающие на почве полового чувства и половых отношений. Это особенно ярко проявляется в поздний период юношества и в последующие годы. Резкие изменения полового чувства и половой жизни происходят с началом инволюции, в период климактерия, что также нередко сказывается и весьма существенно на цельности и гармонии, на психическом здоровье человека. В этой связи выделение психогигиены половой жизни в самостоятельный раздел не только оправдано, но и необходимо.

Статистика свидетельствует о том, что в последние десятилетия, особенно в ряде европейских стран, значительно увеличилось число разводов, что неудачно сложившийся брак играет большую роль в возникновении алкоголизма, преступности и др. Вместе с тем известно, что дети, воспитываемые в неполных семьях (в распавшихся семьях) — одним родителем, находятся в сложных обстоятельствах, которые часто отрицательно сказываются на их формирующейся психике. Факты убедительно показывают, что многие пограничные формы патологии в неполных семьях возникают значительно чаще, чем в гармоничных семьях. Появилась настоятельная необходимость правильной подготовки к браку, созданию условий гармоничных браков, разработки системы мероприятий, направленных на упрочение гармонии сохраняющейся семьи.

Психогигиена пожилых людей. Интерес к проблеме пожилых связан с прогрессивным постарением населения, особенно выраженным в промышленно развитых странах. За последние 30 лет (с 1950 по 1980 г.) численность населения от 60 лет и старше в Европейском регионе возросла с 11,6 до 15%.

Наряду с увеличением средней продолжительности жизни населения отмечается значительное улучшение состояния здоровья старших возрастных групп. В настоящее время ставится вопрос о праве пожилых людей продолжать трудовую, по возможности профессиональную деятельность, играть активную роль в обществе,

вносить существенный вклад в развитие многих сфер жизни.

В 1982 г. выдвинут девиз ВОЗ: «Полноценная жизнь в старости». Сущность его заключается в необходимости удовлетворять специфические потребности пожилых и старых людей и коренным образом изменить к **ним** отношение.

Привлечение пожилых людей к активной деятельности требует соблюдения психогигиенических мероприятий. Это прежде всего объясняется тем, что у людей в этом периоде ухудшаются процессы приспособления психики к новым требованиям и обстоятельствам, труднее изменяются привычки и стереотипы, снижается память и внимание. Переход с привычной работы, изменение условий труда следует делать только при оценке возможностей пожилого человека с учетом производственной целесообразности такого перевода. Не рекомендуется продолжать работу при наличии сильных раздражителей. Учитывая изменившуюся подвижность психики в пожилом возрасте, нецелесообразна работа в разных сменах, особенно по ночам, так как это обычно приводит к нарушениям сна.

Желательно привлекать пожилых к работе с неполным рабочим днем, использовать их знания в подготовке кадров, стараться развивать увлечения рыбной ловлей, физическими упражнениями, художественными поделками. Необходимо уделять внимание выполнению режима труда и отдыха, рациональному питанию.

Детальные меры психогигиены практически совпадают с конкретными формами психопрофилактики применительно к тем или иным жизненным обстоятельствам и возрастным периодам. Рассмотрению их посвящен следующий раздел этой главы.

ОСНОВЫ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

Психопрофилактика представляет собой раздел общей профилактики, который включает мероприятия, направленные на предупреждение психических заболеваний.

Между психикой человека и соматическим состоянием имеется **тесная** связь. Устойчивость психического **состояния** может оказывать влияние на соматическое **состояние**. **Известно, что** при_большом эмоцирнальном**_ощъеме Цэедко** возникают соматические заболевания^ (примером могут" служить'" годы Великой Отечественной войны). Состояние соматического здоровья также может оказывать влияние на психику человека, вести к возникновению тех **или** иных расстройств **или** препятствовать **им.**

В. А. Гиляровский писал, **что** роль нервного подъема в преодолении трудностей для организма и, в частности,

вредностей для нервной системы должна быть использована в планировании работ психопрофилактического характера.

Задачами профилактики являются: 1) предотвращение действия на организм болезнетворной причины, 2) предупреждение развития заболевания путем ранней диагностики и лечения, 3) предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

В профилактике психических заболеваний большую роль играют общепрофилактические мероприятия, такие, как устранение инфекционных заболеваний, интоксикаций и других вредных воздействий внешней среды.

Под психической профилактикой (первичной) принято понимать систему мероприятий, направленных на изучение психических воздействий на человека, свойств его психики и возможностей предупреждения психогенных и психосоматических болезней (гипертониче^ екая, язвенная и др.). Все психопрофилактические мерой-* риятия должны способствовать повышению выносливости психики к вредным воздействиям. К ним относятся правильное воспитание ребенка, борьба с детскими инфекционными заболеваниями и психогенными воздействиями, которые могут вызвать задержку психического развития, асинхронию развития, психический инфантилизм, сделать психику человека неустойчивой к внешним воздействиям.

Первичная профилактика включает охрану здоровья будущих поколений, изучение и прогнозирование возможных наследственных заболеваний, гигиену брака и зачатия, охрану матери от возможных вредных влияний на плод и организацию родовспоможения, раннее выявлен ние пороков развития у новорожденных, своевременное применение методов лечебно-педагогической коррекции на всех этапах развития.

Под вторичной профилактикой принято понимать систему мероприятий, направленных на предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося психического или другого заболевания. Вторичная профилактика включает раннюю диагностику, прогноз и предупреждение опасных для жизни больного состояний, раннее начало лечения и применения адекватных методов коррекции с достижением наиболее полной ремиссии, длительной поддерживающей терапии, исключающей возможности рецидива болезни.

Третичная профилактика — система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инвалидности при хронических заболеваниях. В этом большую роль играет правильное использование лекар-

ственных и других средств, применение лечебной и педагогической коррекции и систематическое использование мер реадаптации.

Психогенные заболевания

Психогениями принято называть заболевания, вызванные психическими травмами. Термин «психогенные заболевания» принадлежит Зоммеру и вначале применялся только для истерических расстройств. В. А. Гиляровский для обозначения этих состояний использовал термин «пограничные состояния», подчеркивая этим, что указанные расстройства как бы занимают пограничное место между психическим заболеванием и психическим здоровьем или соматическими и психическими заболеваниями.

В развитии учения о психогенных расстройствах А. Н. Молохов выделял три периода: психологический, клинико-описательный и патофизиологический. На первом этапе большое значение придавалось различным психическим травмам без учета особенностей структуры личности и соматических осложнений («почвы»); на втором — описанию клинических симптомов без достаточного учета личностных особенностей и психологических реакций и на третьем делались попытки подменить клинические проявления патофизиологическими механизмами.

В учении о психогенных расстройствах в настоящее время использованы достижения всех этапов его развития. Исследования показывают, что в возникновении психогенных расстройств играют роль преморбидные (доболезненные) особенности личности, степень зрелости основных структур ее, соматическая отягощенность, особенности высшей нервной деятельности, тип ее и темперамент, а также характер, длительность и значимость психической травмы для больного. В последние годы имеются наблюдения, указывающие на определенную корреляционную зависимость между этими показателями. Так, для некоторых личностей патогенными могут оказаться только ситуации «эмоционального лишения» и никакие конфликтные ситуации не приводят к болезненному состоянию.

Все психические травмы, вызывающие психогенное заболевание, можно разделить на три группы: 1) психические травмы, называемые условно «эмоциональное лишение». При этом человек лишается объекта привязанности или оказывается вне ситуации, вызывающей положительную эмоциональную реакцию (например, вдали от Родины), 2) всевозможные конфликты и 3) психические травмы, представляющие угрозу для жизни (землетрясение, наводнения, крушения и др.).

В результате «эмоционального лишения», как правило,

возникают болезненные симптомы, укладывающиеся в картину реактивной депрессии.

Конфликты различной выраженности и глубины могут вызывать болезненные состояния широкого диапазона и картина проявлений болезни при этом более разнообразная — от реактивных депрессий с истерическими расстройствами, реактивных параноидов и истерических психозов до невротических симптомов.

Тяжелые внезапные психические травмы, связанные с угрозой для жизни больного, обычно ведут к возникновению аффективно-шоковых расстройств, которые могут выражаться психогенным ступором, аналогичным мнимой смерти, наблюдающейся у некоторых животных, или двигательным возбуждением, «двигательной бурей», также отмечающейся у животных при угрозе жизни.

Психическая травма может не только служить причиной психогенного заболевания, но и спровоцировать приступ шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, развитие сосудистого процесса (гипертоническая болезнь, атеросклероз), сделать более выраженными особенности личности (декомпенсация психопатической личности).

Картина психических нарушений во всех указанных случаях будет разной и различно поведение врача в отношении этих больных. Так, при эндогенной депрессии, спровоцированной психической травмой, наряду с высказываниями больного о психотравмирующей ситуации и реакции на нее будут иметь место симптомы, характерные для эндогенной депрессии: витальная тоска, «безысходность состояния», суицидальные мысли и тенденции, суточные колебания 'настрбёнйя~(ухудшение по утрам), отсутствие слез. Такой больной нуждается в немедленной госпитализации, так как в связи с суицидальными тенденциями может быть опасен для себя.

При усилении патологических особенностей личности наряду с невротическими симптомами, такими, как нарушение сна, аппетита, слезливость, понижение работоспособности, могут наблюдаться выраженные психопатические формы поведения, взрывчатость, демонстративность, тревожность, затрудняющие контакт с окружающими. Необходимо помнить, что у таких личностей легко возникают вегетативные и соматические расстройства, которые рассматриваются как психогенные невротические реакции. Эти реакции у истерических личностей могут носить характер подражания и проявляться теми симптомами болезни, какие существуют в представлении больного о том или ином заболевании. Поэтому врач должен очень внимательно изучать историю развития заболевания.

Для отграничения психогенных расстройств от психических нарушений другой природы К. Ясперс сформули-

ровал следующие критерии: психогенные заболевания развиваются непосредственно вслед за психической травмой; в содержании переживаний при них находит отражение психическая травма, вызвавшая болезнь; с исчезновением психической травмы или с ее дезактуализацией для больного психические нарушения исчезают. Указанные критерии, несмотря на некоторую формальность, имеют значение до настоящего времени, но решающая роль в оценке состояния принадлежит клиническим проявлениям.

Исследования показывают, что структура психогенных заболеваний всегда характеризуется единством клинической картины. Ее обычно объединяют аффективные расстройства. Все продуктивные (бред, галлюцинации и др.) и невротические симптомы по содержанию прямо или косвенно, связаны с аффективным (эмоциональным) состоянием больного.

Психогенные заболевания могут проявляться в виде реактивных психозов, неврозов и психосоматических болезней. Некоторые психиатры в группу психогенных расстройств включают и психопатию, исходя из того, что психопатия формируется в условиях психогенной ситуации или, правильнее, в условиях отрицательного воздействия социальной среды.

При «ядерных» (конституционных) психопатиях решающая роль принадлежит предрасположению, а внешние факторы, часто в виде житейских неудач, только способствуют выявлению особенностей психопатической психики.

При «краевых» психопатиях (О. В. Кербиков) предрасположение не играет такой решающей роли, внешние факторы, длительные и тяжелые психотравмирующие ситуации могут привести к изменениям характера и личности, достигающих выраженности психопатии.

Реактивные психозы

Психогенные заболевания часто сопровождаются выраженными вегетативно-соматическими нарушениями. В связи с этим больные обращаются к врачам общего профиля. Психические нарушения (особенно депрессия) могут быть замаскированы вегетативно-соматической симптоматикой.

Аффективно-шоковые реакции, возникающие во время катастроф, пожаров, землетрясений и в тому подобных ситуациях, как правило, непродолжительны, они могут быть в виде ступора (гипокинетический вариант). В угрожающей жизни ситуации человек «остолбенел», он не может шевелиться, на лице выражение ужаса. В это время характерны вегетативные расстройства, обильная

потливость, бледность, непроизвольное мочеиспускание, дефекация. Сознание нарушено, на вопросы больной не отвечает, обстановку не оценивает. В таком состоянии рекомендуется назначать успокаивающие средства и покой. После пробуждения воспоминаний о пережитом состоянии у больного, как правило, нет, в последующем могут наблюдаться лишь отдельные астенические симптомы.

При *гиперкинетическом варианте* аффективно-шоковой реакции при угрозе жизни возбуждение возникает хаотично, нецеленаправленно. Это состояние также сопровождается выраженными вегетативными симптомами и состоянием измененного сознания. Поведение врача такое же, как при ступорозном варианте.

Врачу общего профиля наиболее часто приходится встречаться с больными, у которых в результате психической травмы возникла *реактивная депрессия*. У большинства из них наблюдаются вегетативные и соматические расстройства и только при расспросе удается выявить, что человек пережил тяжелое потрясение: потерял близкого человека, испытал разочарование и др.

Исследования показывают, что реактивная депрессия приобретает наклонность к затяжному течению при отсутствии соответствующего систематического лечения. У таких больных на многие месяцы после пережитой психической травмы сохраняются астенические симптомы, хронические расстройства настроения, возникает наклонность к ипохондрической фиксации вегетативно-соматических нарушений и невротических симптомов.

Важную роль в облегчении самочувствия у больных с реактивной депрессией играет психотерапевтический подход в беседе и оценке состояния. Именно поэтому врач должен всегда обдумывать, какими словами и в каких выражениях сообщить родственникам печальное известие о смерти близкого, дать соответствующие рекомендации о приеме успокаивающих средств, чтобы смягчить боль утраты.

У некоторых лиц при печальном известии может наблюдаться *аффективно-шоковый компонент психогенной реакции* (эмоциональный шок), выражающийся в оцепенении, обморочном состоянии, двигательном беспокойстве, человек может беспорядочно метаться, делать много нецеленаправленных движений, говорить невпопад. Это состояние бывает непродолжительным, но имеет диагностическое и прогностическое значение. Ступор и двигательное возбуждение указывают на то, что в последующем в клинических проявлениях реактивной депрессии могут иметь место истерические расстройства и вмешательство психиатра в данном случае

обязательно для профилактики длительных психогенных расстройств.

Больная С, 34 лет, узнав о смерти матери, впала в состояние двигательного возбуждения, металась по квартире, выбежала на лестницу, бегала по этажам, громко кричала, звала мать. С трудом была приведена домой, уложена в постель и через некоторое время уснула. В дальнейшем не помнила о периоде возбуждения. Возникшая затем депрессия содержала истерические компоненты, проявляющиеся в демонстративности и театральности поведения, стремлении обвинять других в своих несчастьях, требовании к себе особого внимания. Она обижалась и плакала, если врач, входя в палату, не подходил к ней первой, капризничала, «дулась», говорила детским голосом. Такое состояние продолжалось около 6 мес.

Наличие аффективно-шоковой реакции, предшествующей депрессии, указывает на то, что реактивная депрессия будет именно с истерическими компонентами, которые способствуют фиксации вегетативных и соматических проявлений и ведут к длительной нетрудоспособности. Поэтому в таких случаях особенно необходимы консультация и лечение у психиатра.

При сообщении тяжелого известия может наблюдаться картина так называемого эмоционального паралича. Человек в таком состоянии может холодно, без слез встретить известие, правильно выполнять все действия, как бы не давая на происходящее эмоциональной реакции, которая обычно развивается позднее.

Больная Т., 29 лет, инженер, услышала сообщение врача о смерти ее трехлетней дочери, которая накануне была госпитализирована с подозрением на пневмонию. После сообщения «как бы окаменела», стала бледной, затем холодно, без эмоциональной реакции, стала расспрашивать о подробностях гибели дочери, «задавала вопросы как посторонний человек». Позднее больная рассказывала, что в тот момент все понимала и правильно оценивала, но эмоционально не реагировала, была «как автомат». Видела удивленные лица врача и мужа, но не могла объяснить, что с ней происходит. Реактивная депрессия начала возрастать после похорон ребенка.

В этом случае у матери при сообщении о внезапной смерти ребенка возник «эмоциональный паралич», предвестник реактивной депрессии.

Реактивная депрессия обычно развивается через 5—7 дней, картина болезни нарастает. Возможны суицидальные мысли и тенденции, особенно при наличии идей самообвинения. У больных в таком состоянии нарушен сон, нарастает тоскливое настроение, все мысли и переживания сосредоточены на несчастье, снижается работоспособность. Большое место в картине болезни занимают соматические расстройства: боли в области сердца, колебания артериального давления, сердцебиение, потливость, отсутствие аппетита, похудание и др. В связи с указанными расстройствами больных реактивной депрессией часто

госпитализируют в терапевтическое отделение стационара, где при правильном психотерапевтическом подходе и приеме успокаивающих облегчается состояние.

Надо помнить, что у больных после прекращения реактивной депрессии всегда отмечаются астенические расстройства, иногда на выходе из нее могут появиться истерические реакции. Врач должен предупредить больного, что у него возможно ухудшение состояния при обстоятельствах, напоминающих трагическое событие (при посещении кладбища, при встрече с людьми, близко знавшими погибшего, и др.), а также возможны обострения в «годовщину».

Так называемые железнодорожные параноиды были описаны в 1931 г. Е. А. Поповым, И. В. Лысаковским и С. Г. Жислиным у лиц, совершающих длительные переезды в необычных условиях. Генез этих психозов сложен. Е. А. Попов придавал решающее значение в их возникновении вынужденной бессоннице, И. В. Лысаковский рассматривал как реактивные параноиды, С. Г. Жислин считал «психозами внешней обстановки» и в возникновении их большое значение придавал особенностям «почвы», т. е. осложняющим соматическим вредностям.

Принято считать, что в возникновении этих психозов участвуют многие факторы: недостаточное питание, соматические заболевания, алкогольная интоксикация, обезвоживание, вынужденная бессонница, необычность самой обстановки в связи с переездом и пребыванием на вокзале, особенно у лиц, оказавшихся в такой ситуации впервые.

Заболевание, как правило, начиналось на 3—4-й день пути. Все предшествующие дни у больных отмечались недомогание, бессонница, страхи, окружающее начинало казаться подозрительным, появлялись слуховые галлюцинации, вспоминались различные страшные истории, слышанные ранее. В таком состоянии больные могли выскакивать из поезда, пересаживаться в другие вагоны, убегать, прятаться, звать на помощь, совершать опасные действия для себя и окружающих. Обычно такие больные оказывались в медпункте при вокзале, где психотическая симптоматика продолжала нарастать.

В возникновении железнодорожных параноидов решающая роль принадлежит соматическому заболеванию. Поэтому врачи, участвующие в формировании больших групп людей, отправляющихся на дальние расстояния, должны внимательно следить за их самочувствием и отстранять от поездки лиц с лихорадочным состоянием, не разрешать длительные переезды с пересадками и длительным ожиданием на вокзалах лицам после перенесенных тяжелых соматических заболеваний.

Неврозы

Под неврозами принято понимать психогенные заболевания, при которых в отличие от реактивных психозов сохраняется способность критически оценивать свое состояние, происходящие события, руководить своими поступками и действиями. Болезнь проявляется главным образом в виде вегетативных, сенсомоторных и эмоциональных нарушений. Эти нарушения частичны и воспринимаются больным как чуждые, вызванные болезнью. При всех неврозах наблюдаются астенические симптомы: снижение работоспособности, повышенная утомляемость, вегетососудистая и эмоциональная лабильность.

К возникновению неврозов обычно приводят длительные психотравмирующие ситуации. Если невроз развивается после острой психической травмы, то имеет значение ее сила и внезапность. Иногда острой психической травме предшествует длительная психотравмирующая ситуация, ведущая к ослаблению организма больного, которая может спровоцировать, облегчить возникновение невроза. В этих случаях формированию невроза предшествуют невротические реакции, представленные вегетативной и соматической симптоматикой.

С вегетативными и соматическими расстройствами, которые наблюдаются на начальных этапах развития невроза, больные, как правило, обращаются к терапевтам и невропатологам. При осмотре следует обращать внимание на начальный этап развития невроза.

При неврастении в начале болезни наблюдаются симптомы раздражительной слабости (сердцебиение, повышенная потливость, нарушение аппетита и сна, неприятные ощущения в области желудка или сердца, шум в ушах и др.), которые легко возникают и быстро исчезают. Затем появляются раздражительность и слезливость, непереносимость ярких звуков и света, затруднения при выполнении работы, требующей точных мелких движений. По поводу указанных соматических жалоб больных госпитализируют в терапевтическое отделение стационара. Отдых, успокаивающая терапия и правильный психотерапевтический подход к больным в таком состоянии, как правило, приводят к смягчению, а в ряде случаев и исчезновению симптомов. При повышенной раздражительности, слезливости, обидчивости не рекомендуется давать советы «взять себя в руки», «держать свои эмоции» и др. Эти советы могут ухудшить контакт с больным и затруднить дальнейшее лечение. Надо помнить, что выполнить такие рекомендации больной не может вследствие болезненного состояния.

Если больной неврастенией не получает отдыха и

соответствующей терапии, то могут возникнуть симптомы, указывающие на большую глубину астенических расстройств. Ведущими в картине болезни становятся затруднения в умственной работе. Такие больные жалуются на то, что не могут усваивать и запоминать нужный материал. Они способны быстро сосредоточиться, но также быстро отвлекаются. Попытки, несмотря на это, продолжать занятия приводят к головной боли, понижению настроения, раздражительности, потливости, сердцебиению и слабости.

Указанные состояния наблюдаются часто у студентов, если они пытаются совмещать учебу на дневном факультете с дополнительной работой на полную ставку или если вынуждены, кроме обычной нагрузки, выполнять еще дополнительную на протяжении длительного времени (систематически в течение нескольких месяцев), например при переходе с одного факультета на другой или из одного института в другой с большим объемом дополнительной учебной программы. Целесообразно при первых симптомах неврастении рекомендовать отдых и лечение, так как попытка «через силу» продолжать занятия или перенос экзаменов на следующий семестр без полноценного отдыха приводит к более глубоким астеническим расстройствам, обратная динамика которых не всегда происходит полностью и имеется опасность возникновения хронических астенических расстройств (невротического астенического развития).

В состоянии больного неврастенией имеются определенные особенности: наблюдается легко возникающая гиперемия лица и шеи, транзиторная тахикардия, потливость, эмоциональная лабильность и истощаемость. Для больных неврастенией ожидание затруднено, поэтому условия режима должны быть такими, чтобы свести его к минимуму (процедуры, беседы, обход врача). При осмотре надо учитывать быструю истощаемость больных и не делать беседы продолжительными. У больных неврастенией легко фиксируются вегетативно-соматические нарушения и появляются ипохондрические жалобы.

Большие сложности в дифференциальной диагностике и поведении врача возникают при наличии у больного истерического невроза, проявляющегося истерическими соматическими расстройствами. Хорошо известно, что картина истерии претерпела значительные изменения в связи с ростом культурного уровня населения. В настоящее время редко встречаются истерические припадки, которые были описаны старыми психиатрами. Почти не наблюдается характерной «истерической дуги», «страстных поз» и других состояний. Картина истерического припадка в настоящее время, как и в прежние времена,

зависит от того, как больной представляет себе болезнь. По своим проявлениям сейчас истерический припадок чаще напоминает собой соматическое заболевание: приступ стенокардии, бронхиальной астмы, диэнцефальные приступы с ознобом и общим тремором и др. В связи с этим большое значение в распознавании характера заболевания имеют анамнез и оценка указанных расстройств.

Всегда надо помнить, что в каждом истерическом симптоме существует элемент «условной приятности и желательности», т. е. истерическая реакция всегда носит характер защитной болезненной реакции организма, которая включается, защищая больного от психологически непереносимой ситуации. Поэтому такому больному никогда не следует говорить, что он не болен, что он «должен взять себя в руки и все пройдет», при этом, как правило, симптоматика нарастает. Врач должен объяснить больному, что его расстройство — результат перенапряжения нервной системы, проявление «срыва нервной системы», что сердце или другие органы являются только выразителями той нервной болезни, которая имеется и которую необходимо лечить.

У лиц с особыми чертами характера (склонных к фиксации на отрицательных эмоциях) в длительной, субъективно не разрешимой психотравмирующей ситуации может возникнуть подавленное настроение, которое постепенно становится постоянным и принимает болезненный характер. Такие расстройства настроения в настоящее время называют невротической депрессией (депрессивный невроз). Так же как при других неврозах, при невротической депрессии вначале наблюдаются вегетосоматические нарушения («этап соматических жалоб») и вегетососудистая дисфункция. С этими расстройствами больные обращаются к терапевтам. Для этого периода характерны неприятные ощущения в желудке, кишечнике, боли, «спазмы», «сжатие», тянущие, сжимающие боли в области сердца и т. д. При обследовании впоследствии обнаруживают стойкую гипотонию И спастический колит. Если при других неврозах (неврастении, истерии) отмечаются вегетососудистая и эмоциональная лабильность и изменчивость симптоматики, то при невротической депрессии вегетососудистые и эмоциональные нарушения стойки и однообразны.

Пониженное настроение должным образом вначале никем не оценивается, а относится за счет плохого физического самочувствия, обусловленного стойкой гипотонией. Это обычно происходит и потому, что при невротической депрессии, несмотря на длительную, хроническую психотравмирующую ситуацию, не наблюдается в

сознании больного связи между ситуацией и состоянием. Знание особенностей соматических нарушений при невротической депрессии может помочь в правильной оценке психического состояния этих больных и проведении соответствующего психотерапевтического и медикаментозного лечения.

Поведение больных невротической депрессией отличается от поведения больных неврастенией, у них отсутствует эмоциональная лабильность. Больные несколько подавлены, медлительны, характерны суточные колебания состояния. Так, в утренние часы больные испытывают слабость, разбитость, как при .неврозах, или тревогу и сердцебиение. В благоприятной обстановке (чаще на работе) чувствуют себя бодрее, подавленность усиливается в травмирующей ситуации. Как правило, не наблюдается ипохондрической фиксации на соматических расстройствах.

Правильно оценить психогенные расстройства можно лишь на основании изучения личностных особенностей.

Профилактика психогенных заболеваний

Профилактика психогенных расстройств в первую очередь связана с мероприятиями, направленными на гармоничное формирование личности.

Изучению последовательного формирования психической деятельности в норме и асинхрониям развития человеческой психики уделяется много внимания. Наиболее значительно асинхронии психического развития выступают в пубертатном возрасте. Пубертатные явления представляют собой единый биологический процесс, физические и психические компоненты которого неразрывно связаны, и у здорового человека синхронизированы по определенным закономерностям.

Нарушения синхронности созревания отдельных структур личности приводят к различным вариантам болезненных состояний, входящих в группу психогенных расстройств (от реактивных состояний до психопатий). Между реактивными состояниями в широком смысле слова и психопатиями имеется большое количество переходных или промежуточных форм, в формировании которых роль внутренних и внешних факторор различна. Внешние травмирующие обстоятельства могут в этих случаях задерживать развитие и тем самым создавать биологическую основу асинхронии созревания. А последние в дальнейшем при. взаимодействии с окружающей средой приведут к различным вариантам психогенных заболеваний.

Валон, Пиаже и Г. К. Ушаков считают, что в ходе психического развития можно выделить этап от 7 до 11

5 № 1724

лет. Г. К. Ушаков называет его аффективным этапом развития психики ребенка и считает, что этот период характеризуется неопределенным эклектическим характером мысли, обобщенностью, эффективностью как оценки окружающего, так и себя, значительной эмоциональной живостью. Преобладающий характер слагающихся у ребенка представлений о действительности определяет и направленность возникающих в этот период аффективных реакций протеста, негативизма, демонстративного поведения, Излишней аффектации или молчаливости. Для этого возраста не характерны депрессивные состояния, чаще могут наблюдаться аффективная лабильность, элементы демонстративности, т. е. такие особенности поведения, которые участвуют в формирований истерических расстройств.

Различные вредные факторы, воздействующие на ребенка в период аффективного этапа развития психики, нарушают дальнейшее гармоничное развитие личности, создавая определенную недостаточность аффективных структур. От того, насколько глубоки нарушения в формировании личности, будут зависеть и особенности, и ее устойчивость к воздействиям внешней среды.

Как показывают исследования, задержка развития аффективных структур личности создает ту специфику личности, при которой облегчается возникновение истерических расстройств (от истерических психозов до отдельных истерических реакций).

Задержке психического развития у детей в возрасте до -ТО-*-12 лет могут способствовать тяжелые соматические заболевания с длительным пребыванием в больничных условиях. Имеют значение и психотравмирующие ситуации,, которые ребенок переживает в указанном возрасте, причем задержке развития и асинхронии способствуют и те психические травмы, которые у ребенка не вызывали болезненного состояния, но, как оказывается в-последующем,' нарушили синхронное формирование структур личности.

Часто задержке психического развития на аффективном этапе способствуют неправильные, уродливые формы воспитания по типу «кумира семьи» (когда у ребенка не вырабатываются положительные установки на преодолев ние трудностей и культивируется сознание собственной исключительности). Задержка психического развития может возникнуть при воспитании в условиях неполной семьи, при постоянных конфликтах между родителями.

В связи с этим профилактика психогенных расстройств предусматривает целенаправленную борьбу за правильное воспитание ребенка.

В возрасте от 12 до 16 лет у ребенка появляются

сложные суждения не только на основании конкретных фактов действительности, но и широкого оперирования абстрактными категориями, возникает способность построения абстрактных концепций и гипотезы на будущее.

Психические травмы, пережитые ребенком * в этом возрасте, могут вызывать нарушение в синхронном развитии эмоциональных и интеллектуальных структур личности. В этих случаях нарушается гармоничное развитие^ идеаторных функций, которые утрачивают связь с реальными эмоционально заряженными событиями настоящего. Интеллектуальная деятельность может приобрести некоторую отрешенность от реальности, наклонность к отвлеченности и абстрактности.

Асинхронному формированию личности могут способствовать неправильные формы воспитания и прежде всего «гиперопека», которая приводит к появлению у ребенка тормозимых черт характера, неуверенности и нерешительности в дальнейшем, отсутствию инициативы и затруднению контактов с окружающими.

Психические травмы, перенесенные в этом возрасте, могут не вызвать каких-либо болезненных симптомов, но нарушить дальнейшее синхронное развитие личности, которая в будущем окажется очень ранимой и подверженной возникновению психогенных заболеваний, чаще типа навязчивых страхов, депрессий и астенических нарушений.

Различные внешние вредные факторы могут привести к задержке психического развития и на более поздних стадиях его формирования. В этих случаях у взрослых наблюдаются некоторые качества личности, свойственные определенным возрастным группам, такие, как бескомпромиссность, категоричность суждений, прямолинейность, аффективная насыщенность переживаний, свойственная подросткам и юношам. Сохранение этих качеств в зрелом возрасте создает трудности в общении с окружающими, конфликты и психотравмирующие ситуации. Наряду с перечисленными особенностями эти лица часто аффективную насыщенность переживаний стремятся скрывать от окружающих, «подавлять эмоциональные реакции», «задерживают эмоции». Эти качества личности также представляют собой результат задержки психического развития.

По мнению П. К. Анохина,-термин «задержанные эмоции» необоснован, так как эмоцию, эмоциональный разряд, если он возник, задержать невозможно. Могут быть задержаны только те его компоненты, которые подчиняются корковому контролю, но этот разряд обязательно разрешится, включая самые периферические аппараты. При длительных отрицательных эмоциях происходит потенцирование, усиление какого-то вегетативного пути.

Этот путь перевозбуждается и появляется гипертензивное состояние сосудов, или спастическое состояние кишечника, или дерматозы. Характер вегетативных расстройств зависит от истории развития данного индивидуума. Эти положения П. К. Анохина дают ключ к пониманию соматических нарушений, возникающих в длительной психотравмирующей обстановке, пониманию так называемых психосоматических болезней: гипертонической болезни, язвенной болезни, спастического и язвенного колита, некоторых кожных заболеваний (нейродерматиты и др.).

Как показали исследования, соматические проявления психогенных расстройств наиболее часто возникают у определенных личностей, прямолинейных и ригидных, бескомпромиссных, следующих формально «долгу и правилам», не умеющих проявить гибкость и более дифференцированную оценку ситуации, особенно в будущем. Наряду с указанными качествами им свойственна чрезмерно аффективная заряженность переживаний.

Конфликты и психотравмирующие (стрессовые) ситуации, в создании которых определенную роль играют и качества личности больных, приводят к возникновению у них соматических нарушений в виде гипертонической болезни, язвенной болезни и др., которые в свою очередь способствуют нарастанию изменений личности и появлению неврозоподобных расстройств и затруднению контактов с оружающими.

Психосоматическое направление в медицине появилось как реакция на локалистическое метафизическое представление о болезни, возникающей как результат поражения отдельного органа, без учета изменений деятельности всего организма в целом. Психосоматическая концепция явилась попыткой изучить во взаимосвязи течение психических и соматических процессов и тем самым объединить медикаментозную терапию и психотерапию.

Известно, что для любого заболевания характерны психические нарушения, но при одних соматических заболеваниях они играют этиопатогенетическую роль, а при других, не являясь этиологическим фактором, как бы готовят почву для возникновения соматического заболевания. Часто создается порочный круг, когда нервно-психические нарушения приводят к усложнению и.утяжелению течения соматических заболеваний, а последние способствуют нарастанию первых.

Еще И. М. Сеченов писал, что больной, страдающий язвой желудка, должен иметь свою собственную психологию.

Клиническое представление о роли отрицательных эмоциональных переживаний в возникновении некоторых соматических заболеваний получило в настоящее время

экспериментальное объяснение. Установлено, что стимуляция «системой наказания» гипоталамуса сопровождается активизацией структур раздражения, гиперфункция которых вызывает у животных язвы желудка, артериальную гипертонию, инфаркты миокарда, трофические расстройства. К аналогичным результатам приводила и экспериментальная невротизация животных.

Экспериментальными исследованиями показано, что важнейшим патогенетическим звеном висцеральных расстройств является изменение функционального состояния промежуточного мозга, регулирующего **нейрОгуморальные** процессы - в организме, контролирующего вегетативные, гормональные и висцеральные функции **и** тесно связанного с железами внутренней секреции. Особую роль в этой регуляции играет гипоталамус, который является своеобразным «переключателем» **эмоциогСнных** и соматогенных влияний.

Гипофиз должен рассматриваться как один из важнейших элементов системы, обеспечивающей психосоматическое единство.

Часто наблюдаемое сходство между психогенными и соматогенными расстройствами объясняется тем обстоятельством, что ретикулогипоталамические образования участвуют в интегративных ответных реакциях организма на различные стрессовые ситуации как эмоциональные, так и соматические.

Одним из трудных и нерешенных вопросов психосоматического направления является избирательность психического воздействия на тот или иной орган.

А. Л. Мясников подчеркивал, что одно из основных профилактических мероприятий гипертонической болезни заключается в" воспитании определенных качеств личности, умении понимать и более широко оценивать ситуацию, видеть в ней такие моменты, которые способствуют положительным эмоциям.

В профилактике психических заболеваний, кроме мероприятий, направленных на правильное гармоничное воспитание подрастающего поколения, большое значение имеет профилактическая работа по борьбе с привычным пьянством и алкоголизмом, раннее выявление **и** лечение болезни в тот период, когда изменения личности не столь 'значительны и терапия оказывается наиболее эффек**тивной.**

Особое значение имеет профилактика рецидивов и обострений психической болезни (третичная профилактика), а также борьба с затяжными вариантами, особенн® психогенных расстройств. Большую роль играют мероприятия, направленные на восстановление здоровья и трудоспособности больного, которые принято называть реабили-

тацией. Это обозначает и возвращение к жизни, возвращение в общество, т. е. ресоцйализацйю. Реабилитация имеет'не только конечную цель — восстановление личного и социального статуса больного (полное или частичное). Это — процесс, ускоряющий саногёнез, имеющий свои нейрофизиологические и психологические параметры, и метод подхода к больному человеку, характеризующийся принципами апеляции к личности больного, партнерство его с врачом в реализации целей реабилитации, разносторонности усилий, направленных на разные сферы жизнедеятельности больного и на изменение его отношения к себе и к своей болезни [Кабанов М. М., 1979].

Задача реабилитации заключается в * том, чтобы с помощью сохранившихся способностей и функций поврежденного болезнью органа путем использования и тренировки этих функций приспособить больного к прежним или изменившимся условиям труда и быта.

Успех реабилитации зависит от того, насколько адекватно будут учтены функции и способности, которые сохранились у данного человека, и именно на них необходимо опираться в процессе реабилитации.

О медицинской реабилитации говорят в тех случаях, когда при помощи лекарственных средств, психотерапии, физиотерапевтических процедур, физкультуры, массажа и др. стремятся восстановить трудоспособность больного.

Под *профессиональной реабилитацией* понимают стремление использовать сохранившуюся трудоспособность, приспособить больного к прежнему или иному (менее сложному) виду трудовой деятельности.

Социальная реадаптация — создание соответствующих условий в семье (улучшение жилищных условий, материальное обеспечение), восстановление утраченных контактов с окружающими, которые дают возможность больному вернуться в' общество, т. е. приводят к восстановлению его общественного положения.

В результате болезни может остаться более или менее выраженный *дефект*. Принято выделять две формы его компенсации: высокий уровень компенсации (активное преодоление дефекта) и низкий уровень (приспособление к дефекту).

Уровень компенсации не столько зависит о*т самого дефекта, сколько от особенностей личности'больного, от психотерапевтической работы с ним, умения врача найти контакты с больным и *создатьновунЗ Жизненную доминанту*.

' М.'М. Кабанов, учитывая, что в литературе существует большое количество терминов, используемых для обозначения задач по социальному и трудовому восстановлению больных, для унификации и предупреждения смеше-

ння понятий предложил пользоваться термином «ресоцй-ализация» (предложение касается душевнобольных, но с успехом может применяться и в общей медицине).

Этапами ресоциализации являются: восстановительная терапия, реадаптация и собственно ресоциализация. Восстановительная терапия направлена на предупреждение дефекта. Реадаптация имеет своей целью приспособление больного к условиям среды.

Реабилитация заключается в комплексе усилий, направленных на восстановление социальных связей больного и его индивидуальной и общественной ценности.

Реабилитация требует большого напряжения воли и врача, и больного.

Наиболее сложной психологической проблемой для больного является состояние, которое возникает в связи с болезнью или травмой. Нередко именно психогенная реакция больного на дефект вызывает большую потерю трудоспособности, чем сам дефект. Не каждый больной может легко смириться с дефектом, привыкнуть к нему, найти для себя пути компенсации.

Во время гражданской и Великой Отечественной войн можно было видеть, как сильные одухотворенные натуры усилием воли преодолевали значительные дефекты. Это нашло отражение в художественной литературе: Мересьев («Повесть о настоящем человеке» Б. Полевого), Павел Корчагин («Как закалялась сталь» Н. Островского) и противоположные образы, например Даниэль («Семья Тибо» Роже Мартена дю Гара).

Для успешной работы с такими больными необходимо использовать все виды психического воздействия: книги, журналы, кино, психотерапевтические беседы, но всегда учитывать возможности больного, его интересы, интеллектуальный уровень и жизненную установку.

ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Психотерапия (от греческого слова рвупе—душа, дух, сознание и 1Ьегаре1а—лечение)—целенаправленное использование психических воздействий для лечения болезней.

Психотерапию принято рассматривать как привлечение врачом всех возможностей лечебного влияния на больного, воздействуя через его эмоциональные реакции, используя интеллектуальные возможности и условнорефлекторные связи. Иными словами, в каждое лечебное воздействие необходимо включать и психотерапевтический квмпонент.

Наряду с этим существует психотерапия как самостоятельный метод лечения, и роль ее в общей системе

терапевтических мероприятий бывает различна. При некоторых заболеваниях ей принадлежит решающая, ведущая роль (так, например, при истерическом неврозе), при других заболеваниях психотерапевтическим методом пользуются для того, чтобы облегчить состояние больного, для устранения невротических наслоений, отягощающих картину болезни.

Некоторые авторы рассматривают психотерапию как «обучение» больного, выражающееся в обучении больного вести себя соответствующим образом в определенной ситуации и уметь управлять своими вегетативными и эмоциональными реакциями, но не этому процессу обучения принадлежит решающая роль в психотерапии.

Психотерапевтическое воздействие оказывают на больного поведение врача, беседа о характере заболевания, особенностях и течении, рекомендации режима и лекарств, труда и отдыха. Все это будет обладать психотерапевтическим свойством только в том случае, если поведение врача подчинено единой цели психотерапевтического воздействия, стремлению внушить всеми средствами . больному надежду на полное выздоровление.

С глубокой древности известны случаи влияния некоторых лиц на психическое состояние других . людей. Лечение ряда болезней жрецами храмов, «лечебный эффект» от заговоров, от «священных танцев» шаманов основаны на воздействии на психику по механизмам внушения.

При проведении психотерапии врач оказывает влияние на личность больного, стремится изменить в ней те реакции, которые способствовали возникновению болезни или закреплению болезненных проявлений. Характерологические особенности больного и клинические проявления болезни определяют те задачи, которые стоят перед психотерапевтом и поэтому требуют индивидуального подхода в каждом отдельном случае. Психотерапевтическая работа определяется и этапом развития болезни. Так, в начале невроза и, в частности, при неврастении целесообразна успокаивающая, щадящая терапия, а в более поздние сроки — активизирующая.

С древности сохранилось выражение, что медицина держится на трех китах: ноже, траве и слове, т. е. за словом с древних времен признавалась такая же сила, как и за ножом хирурга.

В медицинском папирусе Эберс (XVI век до н. э.) вместе с 900 прописями целебных снадобий и зелий приводятся слова заклинаний, которые необходимо произ*-носить прикладывая лекарства к больным членам. Представляет интерес содержание заклинаний: «Помоги! Иди и изгони то, что находится в моем сердце и моих членах!

Заклинания благотворны в сопровождении лекарств И лекарства благотворны в сопровождении заклинаний» (цит. по В. Е. Рожнову).

Научно объяснить психические методы лечения попытался венский врач А. Месмер в конце XVII века. Психическое воздействие он объяснил действием «магнетического флюида» — особой жидкости, как бы разлитой во вселенной и обладающей способностью передаваться от одного лица к другому.

Развитие психотерапии как научно обоснованного метода начинается с XIX века и связано с именами В. А. Манассеина, С. П. Боткина, Г. А. Захарьина, С. С. Корсакова, Левенфельда, Мебиуса, которые высказывали мнение о возможности психических воздействий при лечении различных заболеваний.

В дальнейшем психотерапия развивалась в тесной зависимости от изучения гипноза. Гипноз — греческое слово, означающее сон. Название это предложено английским хирургом Джеймсом Бредом в 1843 г. и прочно вошло в медицинскую практику.

Огромный вклад в развитие отечественной и мировой психотерапии внесли труды И. П. Павлова, его учеников и последователей. Раскрыв физиологические механизмы сна, переходных состояний и гипноза, И. П. Павлов дал научное объяснение всем явлениям, которые веками считались таинственными и загадочными. Учение И. П. Павлова о сигнальных системах, физиологической силе слова и внушения стало основой для научной психотерапии.

Принято разделять психотерапию на общую и частную, или специальную.

Под психотерапией в широком смысле слова, или под общей психотерапией, понимают весь комплекс психических факторов воздействия на больного любого про^ филя с целью повышения его сил в борьбе с болезнью, создания вокруг него охранительно-восстановительного режима, исключающего психическую травматизацию: В этих случаях психотерапия служит вспомогательным средством И необходима в любом лечебном учреждении.

Специальную; или частную, психотерапию применяют в клинике таких заболеваний, при которых психические методы составляют основное лечение, которое использует врач.

Психотерапия, воздействуя на психику больного, способствует урегулированию нарушенной Динамики и более благоприятному протеканию всех нервных и психических процессов.

В. Н. Мясищев считает, что для успеха психотерапии требуется перестройка отношения больного к сложившимся обстоятельствам, к окружающим, к своей болезни и

болезненным проявлениям. При этом должна учитываться возможность перестройки побуждений больного, направленности его интересов и форм поведения. Так, например, проводя психотерапию с больной реактивной депрессией после смерти мужа, необходимо, создавая новую жизненную доминанту, учитывать реальные возможности и привязанности больной. Рекомендации должны быть адекватны и учитывать все стороны ее жизни.

Психотерапия — лечебное мероприятие, воздействующее на вторую сигнальную систему, а через нее и на весь организм больного. Но психотерапия—это не только воздействие словом, хотя слово—'самый важный компонент этого воздействия. Имеет значение мимика врача, его поведение, интонация голоса, • а также обстановка, в которой больной слышит слова врача.

Установлено, что слово подкрепляет влияние несловесных факторов, и оно может терять силу, если не находит подкрепления в предыдущем опыте человека. Убедительные слова врача не будут достигать желаемого эффекта, „хели они противоречат основным убеждениям и позициям личности. Большое значение для успеха психотерапии имеет правильный выбор Наиболее нужных и действенных слов.

Слово обозначает не только предмет, действие, качество, но выражает отношение говорящего и вызывает те или иные эмоции, может побуждать к деятельности или предотвращать ее.

В. А. Гиляровский, крупнейший советский психиатр, писал, что тот, кто хочет реально помочь в каких бы то ни было душевных состояниях, должен исчерпывающе изучить их тяжелые формы в ежедневном наблюдении и ежедневной клинической работе; он должен сжиться с основными положениями психиатрии, т. е. приобрести тот опыт, который никогда нельзя достичь теоретической подготовкой.

Подготовка психотерапевта должна быть психиатрически-интернистской. *

Принято выделять некоторые варианты психотерапевтического воздействия на больного.

Психотерапевтическое убеждение

Этот метод наиболее способствует установлению конТакта врача с больным, создает систему их взаимоотношений, оказывающую воздействие на эмоциональную сторону деятельности, на интеллект и личность больного в целом.

Такое воздействие может подготовить больного к

разумной переработке всего сказанного, врачом, способствовать усвоению его слов.

Пользуясь методом психотерапевтического убеждения, врач может воздействовать не только на представления и взгляды больного на болезнь, но и оказать влияние на качества личности. В этом влиянии врач может использовать критику поведения больного, его неадекватную оценку ситуации и окружающих, но критика не должна оскорблять и унижать больного. Он всегда должен чувствовать, что врач понимает его затруднения, сочувствует и испытывает к нему уважение-, стремление помочь.

Неправильное представление о болезни, взаимоотношениях с окружающими, нормах поведения формируется у Человека годами и для его изменения требуется многократное разубеждение. Аргументы, приводимые врачом, должны быть понятны больному. Убеждая больного изменить сложившуюся ситуацию, необходимо учитывать его реальные возможности, жизненные установки, представление о морали и др. Беседа, проводимая с больным, должна вызывать у него эмоциональную реакцию, содержать элемент внушения, должна быть направлена на активное стимулирование и перестройку поведения.

Пользуясь этим методом, врач в доступной для больного форме может сообщить о причинах болезни, механизмах возникновения болезненных симптомов. Для наглядности рекомендуется использовать рисунки, таблицы, графики, приводить примеры из жизни и литературы, но всегда необходимо -учитывать принцип посильности и доступности для больного тех фактов, которые сообщаются.

Если врач использует неизвестный термин или говорит о непонятных закономерностях, то больной может не спросить, что это значит, боясь показать свою неграмотность или некультурность. Разговоры, недостаточно понятные больному, вместо пользы обычно причиняют вред, так как больной, аффективно настроенный к болезни, склонен оценивать непонятные слова врача не в свою пользу. Так, например, у одного больного появились неприятные ощущения в языке, кончик его был «как перцем обсыпан» и край языка терся о зубы. Больной обратился к стоматологу с указанными жалобами и с подозрением, не рак ли у него. Врач внимательно осмотрел больного, а затем долго и непонятно говорил о механизмах возникновения глоссалгии (так называется эта болезнь языка), употребляя непонятные термины, а затем записал у себя в тетради «санус». Больной поспешил уйти, подавленный этой непонятной ему беседой, он постеснялся, а возможно, и побоялся (узнать страшный диагноз) спросить, что же значит это слово. Вначале заподозрил, а

затем пришел к выводу, что врач говорил неопределенно и загадочно, так как хотел скрыть от него истинное положение дел и грозный диагноз рака языка. Депрессия нарастала, целые дни лежал в постели, перестал ходить на работу, отказывался от еды, ждал смерти. В Таком состояний был проконсультирован психиатром, которому удалось выявить причину его депрессивного состояния.

Вариантом психотерапии в бодрствующем состоянии является'так называемая функциональная тренировка. При лечении больных, которые, например, боятся выходить на улицу из-за страха, что что-то случится с сердцем или они могут внезапно умереть, применяют сложную систему тренировок. Постепенно расширяя участок, на котором больной решается совершать прогулки, врач убеждает больного, совершая с ним вместе или давая ему задание пройти или проехать определенный отрезок пути. При дальнейшей работе используются достигнутые успехи и на них строится усложнение заданий. Эти тренировки следует рассматривать как • активирующую и стимулирующую психотерапию, основной задачей которой является восстановление потерянной больным активности, способности к полноценной активной жизни, что всегда связано с правильной оценкой человеком своих'возможностей. Психотерапевтическая тренировка оказывает непосредственное воздействие на нервную динамику, перестройку отношения больного к тренируемым функциям, к себе в целом.

Внушение в бодрствующем состоянии

При этом методе психотерапевтического воздействия всегда имеется элемент убеждения, но решающая роль принадлежит именно внушению. При некоторых истерических расстройствах (мутизме, блефароспазме, параличах, припадках) можно получить терапевтический эффект (однократный), осуществляя внушение в виде приказа «Откройте глаза! Вы можете все хорошо видеть!» (при истерическом блефароспазме).

Успех лечения зависит от особенностей личности больного (имеет значение повышения внушаемость), подготовленности его к такой беседе, от авторитета врача, веры в него больного.

Гипнотерапия

С времен Бреда и по настоящее время для вызывания гипнотического сна используют метод словесного внушения и иногда фиксации взора на блестящем предмете, в последующем для большего эффекта стали применять

монотонные[1] однообразные раздражители, воздействующие на зрительный, слуховой и тактильный анализаторы.

Гипноз — переходное состояние между сном и бодрствованием, частичный сон, при котором между врачом и больным сохраняется речевая связь — раппорт (от французского слова rapport — связь). Лечебное воздействие гипнотического состояния, с одной стороны, может проявляться в виде частичного сна, который оказывает успокаивающее и охранительное действие, с другой — у больного повышается внушаемость и тогда слово врача приобретает неодолимое значение.

Внушение (suggestio) — целенаправленное словесное воздействие на психику больного с терапевтической целью. Выделяют внушение прямое и косвенное. Прямое словесное внушение содержит непосредственное указание, что болезненные симптомы исчезнут после внушения. Косвенное внушение заключается в том, что больному внушается особое значение какого-то фактора, после воздействия которого наступит улучшение состояния. Так, например, больному внушается, что после определенной процедуры у него появятся движения в руке (при истерическом параличе).

Перед проведением гипнотического внушения необходимо провести с больным беседу и в доступных выражениях объяснить сущность гипноза, что это искусственно вызванный, внушенный своеобразный сон, во время которого резко усиливается восприимчивость больного к словам врача. Необходимо объяснить больному, что это полезный лечебный прием, во время которого врач все время поддерживает с больным связь через раппорт.

Врач должен предупредить больного, что у всех людей наблюдается внушаемость, которая в ^зависимости от особенностей нервной системы может быть различной. Необходимо подчеркнуть, что в состоянии гипноза внушаемость значительно повышается, поэтому слова врача, услышанные в гипнозе, оказывают на больного более сильное и длительное действие. Больной должен понять, что глубина гипнотического сна не имеет значения и не определяет эффективности лечениями он должен слушать слова врача, проводящего сеанс гипнотерапии, а не думать о глубине сна.

Следует убедить больного в том, что гипноз — разновидность естественного сна и не только безвреден, но, как и естественный сон, способствует восстановлению сил и тонуса нервной системы, укрепляет волю и веру в выздоровление и поэтому только полезен.

Внушенный сон отличается от естественного не только способом вызывания, но и тем, что сохраняется речевая

связь с врачом:. Эта речевая связь—рапибрт, обеспечивает не только речевой контакт больного с врачом, но и реализацию словесных внушений. При утрате раппорта, когда торможение распространяется по всей коре, гипнотический сон переходит в естественный.

Не у всех больных в первых сеансах гипнотерапии врач достигает более или менее глубокого гипнотического сна. На первом сеансе врач старается погрузить больного в состояние покоя, дремоты, вызвать у него успокоение. Внушение в это время проводится в плане ободряющих и успокаивающих бесед, внушается надежда на выздоровление и только в последующих беседах врач касается непосредственно причин болезни. Иногда при наличии у больного истерического моносимптома, такого, как блефароспазм, астезия-абазия, мутизм и др., врач может при первом сеансе попытаться снять это расстройство; если ему это удается, то последующий терапевтический эффект, как правило, бывает обеспечен. Содержание внушения в состоянии гипноза врачу предварительно следует продумать, формула внушения должна содержать понятные, доступные для больного слова и выражения, а также соответствовать форме болезни и конкретной ситуации. При внушении улучшения состояния, исчезновения болезненных симптомов врач не имеет права использовать расплывчатые неконкретные выражения наподобие таких, как: «после выздоровления Вы не будете испытывать страха», «у Вас не будет бессонницы» и др. Формула внушения всегда должна содержать утверждение, а не отрицание.

Каждый сеанс гипнотического воздействия должен состоять из трех частей, или, точнее, из трех этапов: усыпление, внушение и дегипнотизация. Длительность каждого сеанса составляет 30—40 мйн.

В. Е. Рожнов предлагает проводить так называемый удлиненный метод гипнотерапии до 1'/2—2 ч, считая, что продолжительное пребывание в состоянии гипнотического сна повышает его эффективность.

Коллективная гипнотерапия была предложена В. М. Бехтеревым. При **Коллективной** гипнотерапии усиливается внушаемость за счет **Взаимного** внушений и подражания. Это **Необходимо** учитывать при подборе группы для проведения коллективной гипнотерапии. Желательно, чтобы среди больных были высокогипнабельные й выздоравливающие, которые бы оказывали на остальных положительное влияние. Применение коллективной гипнотерапии дает возможность реализовать лечебные внушения многим больным во время одного сеайса. Этот вид психотерапии широко используется И в амбулаторной практике.

Аутогенная тренировка

Аутогенная тренировка (аутогенный-—самородный, самостоятельно происходящий) — метод, предложенный немецким психотерапевтом Иоганном Шульцем, имеет некоторые общие предпосылки с методами, которыми пользовались еще в древности йоги.

Принцип метода заключается в том, что специальными упражнениями больной обучается вызывать у себя ощущение тяжести, тепла в руке, сердцебиение или изменение частоты дыхания. Эти упражнения направлены на То, чтобы переключить болезненные симптомы на регулируемые вегетативные функции.

Занятия проводятся коллективно, по 4—10 человек в группе. До начала тренировок врач проводит разъяснительную беседу, рассказывает об особенностях вегетативной нервной системы, ее роли в жизни человека. В популярной, доступной форме дается объяснение особенностям двигательных реакций и состояния мышечного тонуса в зависимости от настроения. Приводятся примеры мышечного напряжения при различных эмоциональных состояниях.

Управлять некоторыми вегетативными функциями больной должен научиться в процессе аутогенной тренировки.

Аутогенная тренировка требует длительной работы с больными, так как на овладение одним упражнением необходимо 2 нед. Врач встречается с больными 2 раза в неделю, чтобы проверить, как идет отработка упражнений, разъясняет новые упражнения. Больной должен самостоятельно проводить по три занятия в день. Только после того, как больной овладеет указанными шестью упражнениями, можно переходить к направленному самовнушению против болезненных расстройств. Эффект обычно достигается после многомесячных домашних тренировок.

Высшая ступень тренировки помогает больному управлять своими душевными переживаниями, ^)ти упражнения направлены на вызывание состояния со способностью к произвольной яркой визуализации.представлений, эмоционально значимых, прямо или символически отражающих драму больного, позволяющих ему найти или уловиТь «не понятное ранее прозрение». Эти упражнения, близкие к психоанализу, не нашли широкого терапевтического применения.

Аутогенная тренировка показана в тех случаях, когда необходимо научить быстро истощающегося больного восстанавливать работоспособность, уменьшать или снимать душевное напряжение, функциональные расстрои-

ства внутренних органов, когда надо научить больного владеть собой.

Этот вид психотерапии применяется при заикании, нейродермитах, сексуальных расстройствах, для обезболивания родов, устранения или смягчения пред- и послеоперационных эмоциональных наслоений. С большой осторожностью указанный метод лечения должен применяться при истерических невротических состояниях у истерических психопатических личностей.

Аутогенная тренировка относится к активирующей

ЧАСТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Глава VIII

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

ОБЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИИ СОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Больной отличается от здорового человека тем, Что у него наряду с изменениями функционирования внутренних органов и самочувствия качественно меняется „псщхдзе^. ское состояние. Болезнь меняет восприятие и отношение человека к окружающим событиям, к самому себе, создает особое положение среди близких людей и в обществе.

Наблюдается перестройка интересов от внешнего мира к собственным ощущениям, функциям собственного тела, ограничение интересов. При этом меняются Все стороны личности: эффективная настроенность, моторика, речь. При сенсорной угрозе жизни и благополучию может нарушиться восприятие времени в виде его ускорения или замедления. Большое значение иногда приобретают наплывы воспоминаний, выраженность и некоторая насильственность которых могут быть связаны с интоксикацией, вызванной болезнью.

Психика больного с начала заболевания оказывается в необычном состоянии, так как в связи с болезнью нарушается привычный ритм жизни, труда, отдыха, сна и бодрствования. Происходит перестройка в значении ощущений. На внутренний мир обрушивается обилие интерцептивных сигналов, которые заполняют все интересы больного и приобретают небывалую значимость. В это время особая роль принадлежит психотерапевтическому воздействию врача, который обязан объяснить больному особенности состояния и ощущений от различных частей тела. Психотерапевтическое отношение должно проявляться с первого контакта с больным.

Большое значение для больного имеют обходы, особенно в клиниках, где проводится лечебно-педагогическая работа. Часто в присутствии больного говорят о некоторшх особенностях болезни, пользуются непонятными терминами, не зная какую реакцию это вызовет у больного.

Учитывая особенности преподавания терапии и психотерапевтическое воздействие на больного обходов профессора и доцента, известный советский терапевт Б. Е. Вотчал разделил обход на три части: первая — обсуждение состояния больного в кабинете, вторая — осмотр его в

палате и третья — анализ и обсуждение состояния больно- , го снова.в кабинете..

Б. Е. Вотчал, ссылаясь на своего учителя Ф. Г. Яновского, подчеркивал, что сомнения в пиагнозе являются хорошим признаком и для врача, и для больного, но больной, никогда не должен подозревать эти сомнения "Назначение нового обследования' нужно представить не как направленное на установление диагноза, а для уточнения , некоторьгх.^ деталей диагностики и выбора более эффективной терапии."*"

Не меньшие сложности представляет собой период выздоровления, когда у больного должна наступить компенсация или примирение с дефектом, который возник в результате болезни, инвалидностью и в связи с этим новым положением в семье, в обществе.

Когда болезнь неизлечима, врач должен уметь каждый день ободряюще смотреть в глаза больному, понять все своеобразие его состояния, быть внимательным ко всем мелочам по уходу и в период симптоматического лечения.

Каждому врачу теоретически хорошо известно, что все знания и поведение в процессе лечебной деятельности, более того, и само лечение окажется неудовлетворительным, если в основу его не будут положены целостное понимание человеческого организма, учет всей сложности * его^изйчесКих И 11сихически'х_^с£В71ет«Ж''" ; "

""" "Подход к состоянию больного на основе целостного понимания, организма всегда учитывает сложные взаимоотношения, которые существуют между психическим состоянием человека и его болезнью. Психическое напряжение, конфликтные ситуации могут отражаться на соматическом состоянии больного й вызывать так называемые психосоматические заболевания^ Соматическое же заболевание в свою очереп^ оказывает влияние на психическое состсТяние человека, настроение, восприятие окружаюЩе*-го мира, поведение и планьь

Г1рй соматических заболеваниях в зависимости от тяжести, длительности **и** характера болезни могут наблюдаться различдые психические нарушения, которые выражаются различными! синдромами.

Психические нарушения, наблюдаемые при соматиче7 ских заболеваниях, следует изучать и лечить психиатрам,.* которые должны давать четкую классификацию и оценку* принадлежности к тому или иному психопатологическому синдрому. Для врача общего профиля не имеют столь существенного значения тонкости семиологии указанного расстройства, а большую роль играет оценка особенностей поведения и общего состояния больного.

Задачей медицинской психологии не является изучение психопатологии, но на основе психических нарушений она

изучает формы поведения соматического больного, особенности контактов с окружающим, пути воздействия на психику для лучшего осуществления терапевтических мероприятий.

При соматических заболеваниях изменение психической деятельности выражается наиболее часто невротическими симптомами. При большой выраженности интоксикации и остроте развития болезни возможны соматогенные психозы, сопровождающиеся состояниями измененного сознания. В ряде случаев соматические заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, сахарный диабет и др.) приводят к возникновению психоорганических расстройств. В этих случаях у больных появляются повышенная утомляемость, раздражительность, обидчивость, ослабление памяти, снижение работоспособности. Длительное соматическое заболевание, необходимость месяцами и годами находиться в стационаре, «особое положение больного» в ряде случаев приводят к изменениям личности в виде патологического развития, при котором возникают черты характера, ранее не свойственные этому человеку. Изменения характера у этих больных могут препятствовать или затруднять лечение, приводить к инвалидности, создавать конфликты в лечебных учреждениях, вызывать отрицательное отношение окружающих. Врач должен уметь распознать эти "болезненные изменения психики, предусмотреть и предвидеть их возникновение, лекарственными методами и путем проведения психотерапевтических бесед смягчить их проявления.

В зависимости от особенностей психических нарушений при соматических заболеваниях строится беседа врача с больными, поведение медицинского персонала и вся тактика медицинских мероприятий.

При нарастающей интоксикации у больных нарушаются сон и аппетит, появляются раздражительность, повышенная обидчивость и плаксивость. Сон у таких больных становится поверхностным—они легко просыпаются, шумы, свет, разговоры, прикосновение одежды становятся неприятными. Иногда при бессоннице возникают наплывы воспоминаний прошлого, также мешающие больному заснуть. Больные становятся тревожными, испытывают страхи, часто просят не гасить ночью свет или посидеть около Них. Не каждый больной может сказать врачу, что ночью испытывал страх из-за ложного стыда перед психическим расстройством или нежелания выглядеть «трусом».

Привычные шумы делаются невыносимыми, свет от фонаря с улицы — раздражающим. Врач должен понять больного в таком состоянии, внимательно отнестись к его жалобам и по возможности устранить раздражители,

поместить в более тихую палату, на более удобное место и др.

На фоне астенических симптомов (раздражительная слабость) иногда появляются навязчивые страхи за» свое здоровье или не свойственные ранее истерические реакции. Врач всегда должен помнить, что истерическая реакция—это болезненное явление и относиться к ней необходимо как к болезни.

Некоторые так называемые психосоматические болезни сопровождаются депрессивным состоянием, правильнее—состоянием депрессии—это одно из проявлений таких заболеваний, как спастический и язвенный колиты. Эти больные часто подавлены, мрачны, малоактивны. Они испытывают тревогу в ранние предутренние часы, разбитость и слабость, но иногда на фоне подавленности и вялости у них возникает несвойственная «болтливость» и оживленность, когда они шутят, смеются, «веселят окружающих».

Врачи должны знать, что подобные состояния возникают нередко, но не эти состояния определяют основной фон настроения и кажущаяся веселость явление временное. В этом состоянии больные иногда нарушают режим отделения.

В соматические отделения могут поступать больные с ипохондрическими фобиями, страхами за здоровье (кардиофобия, канцерофобия и др.) без соматического заболевания и от правильности поведения врача и персонала в отношении такого больного зависит успех лечения.

Больной с навязчивым страхом перед каким-то заболеванием, как правило, будет удовлетворен разъяснением врача, что у него нет тяжелого, опасного серьезного заболевания. У больного истерическим неврозом, болезнь которого всегда носит характер «условной приятности и желательности», так как «освобождает», «защищает» от непереносимой для него ситуации, могут наблюдаться утяжеление симптомов и ухудшение состояния, если врач не проявит должного внимания к его состоянию, будет подчеркивать больному легкость и несерьезность страдания, разрушая его «защиту».

Возникающие при тяжелых соматических заболеваниях острые психотические состояния, или психозы, чаще всего носят характер расстройства сознания в виде делирия или оглушенности.

Предвестниками помрачения сознания часто бывают психические расстройства, которые возникают при закрытых глазах (пеихосенсорное расстройство и гипногогические галлюцинации). В связи с этим большое значение имеет расспрос больных, особенно при жалобах на бессонницу. Вслед за расстройством сна, гипнотическими галлю-

цинациями может развиваться делириозное помрачение сознания с неправильным поведением. Не каждое соматическое заболевание сопровождается психотическими расстройствами. Так, при язвенной болезни, колитах, гипертонической болезни, сердечной недостаточности чаще наблюдаются невротические симптомы и патологические черты характера, а при гипертонической болезни, атеросклерозе — возможно возникновение психозов.

Schneider предложил термин «соматически обусловленные психозы», для возникновения которых необходимы следующие условия: наличие отчетливой симптоматики \ соматического заболевания, очевидной связи по времени между соматическими и психическими расстройствами, параллелизма течения соматических и психических нарушений, наличие «экзогенной» или «органической» симптоматики.

Выраженность и качество изменения психической деятельности при соматических заболеваниях зависят от многих причин и в первую очередь от природы самого заболевания, оказывает ли оно прямо " или косвенно влияние на мозговую деятельность; во-вторых, от типа течения, остроты развития болезни. Так, при остром и бурном начале, наличии выраженной интоксикации наблюдаются расстройства, достигающие помрачения сознания, при медленном, под остром хроническом течении чаще отмечаются невротические симптомы.

В остром периоде развития соматической болезни отмечаются расстройства сознания и астенические симптомы, а затем могут наблюдаться изменения характера, личности, астения и психоорганические синдромы.

На психическую деятельность при соматических заболеваниях оказывают влияние сопутствующие вредные факторы. Так, пневмония или инфаркт миокарда протекают с большими нарушениями психической деятельности у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Не меньшую роль в изменении психической деятельности больного . при соматических заболеваниях играют реактивность организма и особенности личности человека, его привычные формы реагирования на окружающие события.

РЕАКЦИЯ ЛИЧНОСТИ НА БОЛЕЗНЬ

Изучение взаимоотношений личности больного и соматического заболевания является одной из основных проблем медицинской психологии.

Реакций личности на соматическую болезнь• либо могут носить патологический характер и проявляться в виде психогенных невротических тревожно-депрессивных

реакций, либо выражаются психологически адекватными переживаниями факта болезни. Нервно-психические нарушения при соматических заболеваниях обычно складываются из психических соматогенных расстройств и, из реакции личности на болезнь.

В этих сложных психических нарушениях выраженность указанных факторов не равнозначна. Так, при сосудистых заболеваниях, особенно при гипертонической болезни, атеросклерозе, эндокринной патологии решающая роль принадлежит именно соматогенным факторам, при других заболеваниях — личностным реакциям (обезображивающие операции, дефекты лица, потеря зрения и др.).

Реакция личности на болезнь зависит от остроты и темпа развития заболевания; представления об этом заболевании у самого больного; характера лечения и психотерапевтической обстановки; личности больного; отношения к болезни родственников и сослуживцев по работе, т. е. общественного резонанса на это заболевание.

Л. Л. Рохлин подчеркивает, что существуют различные варианты отношения к болезни, в основном определяемые особенностями личности больного: астенодепрессивный, психастенический, ипохондрический, истерический и эйфорически-анозогнозический.

При астенодепрессивном варианте отношения к болезни наблюдаются эмоциональная неустойчивость, невыносливость к раздражителям, ослабление побуждений к деятельности, ощущение разбитости и подавленности, удрученности, тревожности. Такое состояние способствует неправильному отношению к болезни, восприятию в мрачных тонах всех событий, что обычно неблагоприятно сказывается на течении заболевания и снижает успех лечения.

При психастеническом варианте больной полон тревоги, страхов, убежден в худшем исходе, ждет тяжелых последствий, одолевает всех вопросами, ходит от одного врача к другому, испытывает массу неприятных ощущений, вспоминает симптомы болезни, бывшие у родных и знакомых, находит их признаки у себя и др.

Спокойной, целенаправленной психотерапевтической беседой можно значительно улучшить состояние таких больных, но они нуждаются в подробном и конкретном разъяснении причин их состояния.

В ипохондрическом варианте менее представлены тревога и сомнения, а больше — убеждение в наличии болезни.

При истерическом варианте болезнь всегда оце-

нивается с преувеличением. Чрезмерно эмоциональные, склонные к фантазированию личности как бь4 «живут» болезнью, одевают ее в ореол необычности, исключительности, особого, неповторимого мученичества и др. Требуют к себе повышенного внимания, обвиняют окружающих в недопонимании, недостаточном сочувствии их страданиям.

Эйфорически-анозогнозический вариант реакции на болезнь заключается в невнимании к своему здоровью, отрицанию болезни, отказу от обследований и медицинских назначений. •

На реакцию личности ,и поддержание этой реакции влияют:

1) характер диагноза, 2) изменение физической полноценности и внешности, 3) изменение положения в семье и обществе, 4) жизненные ограничения И лишения, связанные с болезнью, 5) необходимость лечения (амбулаторного, Стационарного), операции и др.

Врачам часто приходится встречаться с отрицанием больным факта болезни (анозогнозня). Отрицание или «вытеснение» болезни чаще всего бывает При тяжелых опасных заболеваниях (новообразования, туберкулез, психические заболевания и др.). Такие больные либо вообще игнорируют заболевание, либо придают значение менее тяжелым симптомам, ими объясняют свое состояние и лечатся от той болезни, которой сами придают значение.

Некоторые психиатры считают, что причиной возникновения реакции отрицания болезни в большинстве случаев является невыносимость действительного положения вещей, невозможность поверить в тяжелую и опасную болезнь. Реакция отрицания болезни может часто наблюдаться у близких родственников больного, особенно если речь идет о психическом заболевании, о таком, как эпилепсия или шизофрения. Известны случаи, когда родители больного, образованные культурные люди, нередко врачи, как бы не видят явных признаков болезни. При этом некоторые из них, несмотря на отрицание факта болезни, соглашаются на проведение необходимой терапии. В этих случаях врач обязан проявить максимальную гибкость и такт и, исходя из интересов больного, проводить необходимое лечение, не уточняя диагноза, не йастайвая на нем и не убеждая ни в чем родственников.

Большие трудности возникают в тех случаях, когда родственники, отрицая болезнь, отказываются от лечения, начинают пользоваться собственными средствами, прибегают к помощи знахарей и «бабок». Если при психогенных заболеваниях, особенно истерии, подобная терапия иногда, при большой в нее вере больного, может привести к улучшению состояния за счет внушения и самовнушения,

то при других формах возможно обострение й переход в хроническое Течение.

Примером такого поведения является следующий случай.

Молодая девушка без видимой причины стала грустной, часто плакала, боялась выходить на улицу. На настойчивые расспросы родственников заявила, что она чувствует себя заколдованной соседкой. В' дальнейшем перестала ходить на работу, отказывалась от еды, не мылась, не следила за собой.

Мать больной, экономист по специальности, увезла девушку в деревню, нашла там знахарку, возила дочь за 40 км, лечила «заговорами» и травами. Состояние не улучшилось, нарастало возбуждение, и лишь вмешательство соседей, которые слышали ее дикие крики, вынудило госпитализировать больную. Для лечения этой запущенной формы заболевания потребовалось много месяцев. -

Недостаточная оценка состояния может наблюдаться при эйфории в связи с соматогенными заболеваниями, особенно при гипоксии головногб мозга или интоксикации, а также при эндогенных и других психических заболеваниях с маниакальным синдромом. •

ч •: При ряде соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, атеросклероз) в головном мозге нарастают органические изменения, ведущие к интеллектуальному снижению, в результате чего у больного нарушается способность правильно оценивать свое состояние и; состояние близких.

Многие лица правильно оценивают заболевание, выполняют назначение врача и соблюдают режим. Сильные, уравновешенные, психически зрелые личности обычно правильно реагируют и адекватно оценивают заболевание, стремятся найти выход из ситуации, созданной болезнью, преодолеть ее или приспособиться к ней. Но и в этом случае решающая роль принадлежит психотерапевтическим беседам врача.

- У некоторых больных наблюдаются чрезмерное, трагическое переживание болезни (гипернозогнозия). Это бывает чаще всего в тех случаях, когда заболевание возникло внезапно, резко нарушилась трудоспособность и весь жизненный стереотип, произошло коренное изменение жизненных и производственных планов. Часто такая реакция наблюдается у спортсменов или у ранее физиче-' ски здоровых лиц. - * Г

Обычно' тяжело переживают больные соматические, заболевания, которые приводят к выраженным изменениям внешнего вида; вначале возникают тяжелые депрессив-' ные реакции, близкие к реактивным депрессиям с центрированностью переживания и ощущением исключительности состояния. Нередки суицидальные мысли. В этих случаях психические нарушения укладываются в картину

психогенных, чаще невротических расстройств, решающая роль в возникновении которых принадлежит именно психогенной реакции на болезнь и изменившуюся ситуацию.. Соматогенные симптомы (астения - и др.) могут только утяжелять психические нарушения, поэтому большую роль играют психотерапевтические беседы с разъяснением причин состояния и перспектив лечения.

Такие реакции наблюдаются при ранениях и ожогах лица с обезображивающими рубцами в последующем, тяжелых экземах, нейродермитах и др. В отдаленном периоде у больных могут появиться патологические черты характера, такие, как взрывчатость, шизоидность, ранимость и сенситивность.

При значительном снижении слуха, реже зрения, могут появиться и паранойяльные переживания (бред тугоухих).

У больных с затяжными хроническими тяжелыми заболеваниями на фоне астенических расстройств возможна ипохондрическая фиксация на своем состоянии и ощущениях. У них появляется много различных жалоб, которые не соответствуют соматическому страданию. Больной становится хмурым, мрачным, депрессивно-раздражительным. Вид здоровых людей (улыбки, смех, житейские заботы) вызывает раздражение. Такие больные могут вступать в конфликт с персоналом, еел заметят недостаточно внимательное отношение к своим жалобам, часто в грубой форме, с оттенком злой иронии отказываются от обследований студентами, особенно если видят их здоровый цветущий вид.

Иногда у таких больных появляются истерические формы поведения, когда своими жалобами они стремятся привлечь внимание окружающих. Утешение и убеждение в том, что болезнь неопасная, легкая, нестрашная, нередко могут вызвать утяжеление истерических реакций.

На поведении и реакции больного во время болезни прежде всего сказывается структура личности человека до болезни. При некоторых заболеваниях личностная реакция на болезнь проявляется в заострении преморбидных особенностей личности.

Многие авторы считают, что адекватность реакции на болезнь зависит от степени зрелости личности и интеллектуальных ее возможностей. Так, у инфантильных незрелых личностей с чертами детскости, часто наблюдаются вытеснения и отрицания болезни или, наоборот, «ухода в болезнь». У лиц астенических, тревожно-мнительных часто не очень серьезное заболевание вызывает бурную реакцию тревоги, беспокойства с последующими депрессивно-ипохондрическими и стойкими расстройствами.

Реакция личности на болезнь зависит от возраста

больного. На одну и ту же болезнь с одинаковым исходом у больных отмечается различная реакция. У молодых болезнь ведет к нарушению планов на будущее, у лиц среднего возраста препятствует выполнению замыслов, пожилыми воспринимается как неизбежный конец. В соответствии с реакцией личности врач в беседе должен создать для больного новую жизненную установку обязательно с учетом его возможностей.

Личностные реакции зависят и от нарушения психической деятельности, Вызванного соматическим заболеванием. Яркость невротических реакций уменьшается при тяжелой соматической астении и органических расстройствах.

При недостаточно критическом отношении к своему состоянию и оценка ситуации бывает недостаточная. Такие больные спокойно и равнодушно говорят о тяжелом заболевании и неминуемом роковом исходе. При снижении интеллекта может наблюдаться эйфория и тогда больные не Придают значения болезни, ведут себя как здоровые, отказываются от операций, встают, ходят, когда им необходимо соблюдать постельный режим, и др.

Реакция личности на болезнь различна: от полного игнорирования болезни до трагического восприятия, «ухода в болезнь» и Ипохондрической фиксации.

Большое влияние на личность больного оказывает болевой синдром.

Боль и наркомании

Боль обычно появляетсй с возникновением заболевания, активизацией или прогрессированием патологического процесса. Положительное значение боли в том, что она—сигнал опасности для организма. Отношение больного различно к острой и хронической боли.

При острой (например, Зубной) боли все внимание человека сосредоточено на объекте боли, он любыми средствами ищет способов избавиться от нее (прием различных препаратов, оперативное вмешательство, любые процедуры). Особенно тяжело переживаются приступообразные боли при хронических заболеваниях, часто^ реакция на Них с течением времени усиливается. Больные ожидают их со страхом, появляется чувство безнадежности, бесперспективности, отчаяния. Боль в таких случаях может быть настолько мучительной, что человек ждет смерти как избавления от мучений.

При хронических болях может наблюдаться также некоторая адаптация к ощущениям боли и к переживаниям, связанным с ней. -

Некоторые врачи выделяют так называемые органиче-

ские и психогенные боли. Противопоставление болей недостаточно обосновано, так как хорошо известно, что в психогенной ситуаций, как правило, наблюдается усиление болей, Имеющих органическую природу.

Упорные приступообразные боли наблюдаются при невралгиях, особенно при невралгии тройничного нерва. Большую роль в длительности и безуспешности лечения играют и психические изменения, которые возникают при хроническом течении болезни. Возможно возникновение депрессии, раздражительности, тревожности, повышенной чувствительности к внешним воздействиям, утомляемости и истощаемости.

Боль можно подавить местным обезболиванием, а также прерыванием первого нейрона при сводовой эпидуральной или спинномозговой анестезии. При этих двух вариантах анестезии, хотя больной и подготовлен к уменьшению боли, он испытывает страх й ужас, которые могут быть более мучительны, чем боль, поэтому большое значение имеет психотерапевтический подход. Для подавления боли наиболее часто применяют анальгетичёские препараты. Смягчение или утоление боли достигается словом или личным влиянием врача и других медицинских работников (суггестивно).

Необходимо проявлять большую осторожность при назначении болеутоляющих препаратов. Всегда важна профилактика боли, правильная подготовка больного к проведению той или иной болезненной процедуры. Правильно проведенная психотерапевтическая беседа, разъяснение причин болей могут значительно облегчить страдание и уменьшить прием анальгетических средств.

Медицинские работники, медицинские сестры, врачи, часто не вникая в особенности жалоб на боли, проявляя как бы жалость к больному, назначают ему болеутоляющие средства, хотя чаще участливая беседа, отвлекающая внимание больного, может принести ему больше пользы.

При назначении в течение длительного времени большого количества болеутоляющих средств всегда возникаем опасность наркоманий (токсикомании). Поэтому при упорных жалобах на «нестерпимые», ничем не снимаемые боли необходимо не только изучать психическое состояние больного, но и произвести детальный осмотр его тела. При наркомании можно обнаружить следы инъекций. У лиц, страдающих наркоманией, к концу *1-х* суток пребывания в больнице без наркотиков появляются выраженные симптомы абстиненции: профузный пот, сердцебиение, тошнота и рвота, возбуждение и др.

Лечение больных наркоманией возможно только в закрытой психиатрической больнице.

Не меньшую рсгорожность необходимо проявлять в отношении снотворных препаратов, в данном случае надо учитывать особенности соматического и психического состояния больного. Лицам, которые годами принимают различные снотворные и продолжают успешно справляться со своими обязанностями, часто ведут большую творческую работу, нецелесообразно внезапно отменять снотворные, неправомерно преувеличивая их вредные последствия. Переход на- прием транквилизаторов требует длительной психотерапевтической подготовки. Больной должен быть подготовлен к этой перестройке, почувствовать облегчение от изменения лекарств. Иногда больной скрывает от враЧа прием лекарств, принимает их беспорядочно и тем самым ухудшает свое состояние или, испытывая страх перед снотворными, стремится к отказу от них. Однако многолетняя привычка будет сказываться в том, что больной перестанет спать после приема обычных для него доз, будет испытывать тревогу.и беспокойство. У тревожных, мнительных натур такая необдуманная отмена препаратов может только утяжелить состояние, нарушить компенсацию, привести к. нетрудоспобности. Индивидуальный подход и оценка всех сторон деятельности и состояния больного помогают принять правильное решение. Молодому человеку, только начавшему принимать снотворное, [у которого нет никаких заболеваний, можно запретить их прием. Больным в возрасте 40—50 лет, пользующимся небольшими дозами, делать это (если нет признаков интоксикации) крайне осторожно.

С большой осторожностью назначают снотворные в соматическом стационаре. Больной, находящийся на обследовании в связи с каким-то соматическим заболеванием, естественно, испытывает тревогу и беспокойство за свое здоровье. Это сказывается на глубине и продолжительности сна. Нарушению сна способствуют волнующие разговоры с окружающими, необычная обстановка, выключение из привычной деятельности, повышенное внимание к ощущениям, исходящим из тела. Психотерапевтичет екая беседа с разъяснением причин расстройства сна часто оказывается более эффективной, чем необоснованное назначение снотворных, с применением которых в последующем больному приходится бороться.

Надо помнить, что встречаются лица, у которйх продолжительность сна короче, чем требуется пр «норме». Часто эти лица спят более глубоко, рано просыпаются или поздно ложатся спать и на протяжении дня не испытывают сонливости. Пребывание в соматическом стационаре может выявить эту особенность, на которую ранее никто не обращал внимания. Не анализируя достаточно свойственные больному особенности, врач ошибоч-

но может назначать снотворные, нарушая тем самым естественный ритм сна и бодрствования и фиксируя на особенностях сна внимание больного, утверждая, что «в Вашем возрасте человек должен спать 7 ч, иначе это истощает нервную систему». После таких бесед больной уже не просыпается бодрым как раньше, вынужден принимать снотворные и стремиться «насыпать» положенные часы.

В условиях высокой оснащенности медицинских учреждений сложнейшей аппаратурой возникает необходимость в разработке дифференцированных показаний для проведения специальных обследований, которые должны быть направлены на улучшение диагностики основного заболевания, его осложнений, способствовать выявлению сопутствующих заболеваний, прогнозу и правильному лечению.

Антуан де Сент-Экзюпери писал: «Я верю, настанет день, когда больной неизвестно чем человек отдастся в руки физиков. Не спрашивая его ни о чем, эти физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные, перемножат их одну на другую. Затем, сверившись с таблицей логарифмов, они вылечат его одной единственной пилюлей. И все же если я заболею, то обращусь к какому-нибудь старому сельскому врачу; Он взглянет на меня уголком глаза, пощупает пульс и живот, послушает, ...потрет подбородок и улыбнется мне, чтобы лучше утолить боль. Разумеется, я восхищаюсь наукой, но я восхищаюсь и мудростью».

Эти блестящие слова призывают к осторожности в применении различных инструментальных диагностических средств, правильному с деонтологической точки зрения подходу. Во время подготовки к обследованию больному нужно разъяснить, что данным методом уточняются особенности заболевания, знание которых необходимо для наиболее эффективной терапии.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Принято считать, что каждый орган человеческого тела имеет как бы свою психическую проекцию, что подчеркивалось еще с древних времен, когда органом любви считалась вначале печень, а затем сердце.

Это нангло отражение и в искусстве: на скульптурах того времени бог любви Амур пробивал своей стрелой сердце. На всех языках сердце связывается с выражением эмоций. Говорят, что «сердце-сжимается от страха», «на сердце тяжело», или «легко», «всем сердцем любят». Если человек эмоциональный, добрый, всех жалеет, то про

/

такого говорят, что «он все близко принимает к сердцу». Эмоциональным переживаниям соответствуют и, различные ощущения в сердце.

Крупный советский психиатр Е. К. Краснушкин (1885—1951) считал, что при эмоциональных состояниях наряду с изменением ритма сердечной деятельности происходят изменения кровоснабжения сердечной мышцы, которыми и объясняются наблюдаемые при эмоциях ощущения.

В. Кеннону принадлежат исследования по изучению влияния эмоций на физиологические функции. Им показано, что под влиянием эмоций происходит возбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы и усиленное выделение надпочечниками адреналина, который также оказывает симпатикотоническое действие, в результате чего происходит перераспределение крови, усиленный приток ее к сердцу, легким, центральной нервной системе, конечностям и отток от брюшной полости. Это перераспределение крови имеет полезное, адаптивное значение. Происходящие изменения в периферическом кровообращении служат основой для появления различных ощущений, таких, как ощущение напряжения в голове, биение в висках,, шум в ушах, предобморочная пустота в голове и др. (Е. К. Краснушкин).

Хорошо известно, что больные с органическими поражениями сердца, пороками клапанов, как правило, не жалуются на сердце, не замечают нарушений его деятельности. Некоторые авторы считают, что при значительном органическом поражении сердца менее выражены невротические симптомы и психогенные реакции на состояние.

Изменения ритма сердечной деятельности, часто наступающие психогенно, могут вызывать различные страхи, особенно страх смерти. Это, по-видимому, связано с представлением людей о значении сердца и его ритмической деятельности—со здоровьем, а нарушения её—-со смертью.

Наряду с психогенными реакциями личности на сердечно-сосудистые расстройства у больных этой группы могут наблюдаться неврозоподобные нарушения, связанные с болезненным процессом и изменениями кровоснабжения органов. Так, при пороках сердца чаще всего встречаются неврастеноподобные состояния. Явления утомляемости отмечаются наиболее отчетливо при физических нагрузках, сами больные обычно предъявляют жалобы на физическую утомляемость. Первым признаком утомляемости, возникающей при умственной нагрузке, является повышенная истощаемость активного внимания. Это необходимо учитывать при трудовых рекомендациях. Истощаемость активного внимания наступает при длитель-

ной беседе с врачом, при проведении психологических экспериментов. Больные начинают делать грубые ошибки при счете, у них появляются неприятные ощущения в глазах при чтении, тяжесть в голове, иногда головная боль. В процессе беседы при утомлении больные могут дать реакцию раздражения, заплакать, отказаться от дальнейшего разговора. Иногда такое поведение может вьнлядеть неадекватным, так как беседа не носила эмоционально значимого характера- для больного. Надо помнить, что подобные реакции возможны при утомлении, Особенно если больному пришлось долго ждать приема или беседы.

При ухудшении соматического состояния раздражительная слабость может смениться гипостенией. Если раздражительный, возбудимый, обидчивый больной становится тихим, спокойным, вялым и безразличным, то это указывает на ухудшение его соматического состояния и на более тяжелые психические расстройства.

При пороках сердца могут наблюдаться интеллектуальные изменения, которые проявляются в некоторой инертности мышления, сужении круга интересов. Снижение продуктивности в интеллектуальной деятельности обычно идет за счет медлительности и отвлекаемости.

Большое место среди психических нарушений занимают расстройства сна, который становится поверхностным, с частыми пробуждениями и сновидениями неприятного, а в ряде случаев устрашающего содержания. -

Истероформные расстройства (В. П. Бедов и В. В. Ковалев) проявляются в виде аффективно-моторных и аффективно-вегетативных пароксизмов. Возникновение указанной симптоматики часто,бывает связано с психогенным воздействием или конфликтом.

Часто значимость травмирующей ситуации невелика, но для больного она субъективно патогенная, поэтому в беседах с такими больными необходимо проявлять осторожность и такт, учитывая их чрезмерную впечатлительность и ранимость.

При длительном течении болезни истероформные реакции, возникающие психогенно, могут смениться изменениями личности с появлением истерических форм поведения, Больные становятся раздражительными, требуют к себе повышенного внимания, появляется стремление привлекать к себе внимание рассказами о необыкновенных событиях своей жизни и состояния здоровья. Замечание врача, что высказывания больного не имеют основания, а тяжесть болезни не столь велика, может вызвать у больного реакцию протеста с отказом от еды, лекарств, с утяжелением истероформной симптоматики.

Приведем пример.

Больная С, 14 лет, инвалид [[группы (в прошлом учительница). Диагноз: порок митрального клапана. Заболела в возрасте 14—15 лет. После продолжительного периода повышенной утомляемости, слабости, плохого самочувствия и повышенной раздражительности был обнаружен порок сердца. С 20 лет периодически наступало состояние декомпенсации. Начало их связывает с большой физической и интеллектуальной нагрузкой (училась и работала). Стала испытывать слабость, утомляемость, появились отеки на ногах, одышка при быстрой ходьбе. Стала отвлекаема, с трудом усваивала учебный материал, была раздражительна, плаксива, обидчгаа. Неоднократно госпитализирована в терапевтические стационары. При поступлении обычно бывала вялой, безучастной ко всему, лежала отвернувшись, с врачом и больными разговаривала неохотно, почтя не читала. |

С улучшением соматического состояния становилась раздражительной, недовольной врачами и сестрами, вступала в конфликт, жаловалась, что ее недостаточно хорошо лечат, недостаточно внимательны к ней. Дальнейшее улучшение состояния сопровождалось изменениями взаимэотношений с окружающими.

После выписки обычно полгода чувствовала себя удовлетворительно, возобновляла занятия в институте, режим почти не соблюдала. В возрасте 30 лет окончила педагогический институт, но работать преподавателем не могла.

Тяжело переживала крушение своих планов, пыталась работать в библиотеке, но и там не справлялась, была медлительна, раздражалась по малейшему поводу, быстро уставала. Снова стали нарастать явления сердечной декомпенсации и больная была госпитализирована в терапевтическую клинику.

В отделении раздражительна, обидчива, всем недовольна, с врачом разговаривает вызывающе, обвиняет всех в неправильном лечении, бездушном к ней отношении.

При конфликтах возникает сердцебиение и «приступ судорог», больную начинает «бить» озноб. Приступ продолжается в зависимости от того, как много собирается вокруг нее «зрителей» и сочувствуют ли ей при этом. Сознание не теряет, может сообщить, какие процедуры ей делали и что говорили окружающие. Такие состояния возникали, если врач не оказывал ей внимания, если не начинал обход с нее, если студенты не подходили к ней или недостаточно внимательно с ее точки зрения слушали или осматривали.

Если во время ее рассказа видела улыбку у кого-либо из студентов, их жизнерадостный цветущий вид, сразу же начинался приступ.

У этой больной с первых лет болезни отмечаются недостаточная оценка своего с.остояния, отсутствие режима, чрезмерная физическая и интеллектуальная нагрузка, которые привели к ухудшению состояния и выявлению вначале неврозоподобных нарушений.

С ней не проводились правильные психотерапевтические беседы, направленные на перестройку жизненных планов и установок. Испытывая сочувствие к больной й видя ее стремление окончить институт, все шли навстречу, давая отсрочки, перенося экзамены, не думая о том, что после такой длительной нагрузки она окажется не адаптированной к условиям жизни, не сможет работать педагогом. Иными словами, силы ее расходовались напрасно.

В подобных случаях перед врачом стоит психологически трудная' задача, психотерапевтическими беседами помочь больному смириться с дефектом и создать новую

жизненную цель, новую установку. Тогда не возникнет внутренний конфликт, который был у больной С, между желанием, стремлением, жизненной установкой и ограниченными возможностями, связанными с серьезным заболеванием.

Для ипохондрических расстройств при пороках сердца типичен стойкий сенестопатический синдром. Большое место в картине болезни могут занимать фобии, в происхождении которых часто играют роль психогенные и ятрогенные факторы.

За последние десятилетия в связи с развитием сердечно-сосудистой хирургии стали известны психические нарушения, возникающие после операций на сердце. В частности, в динамике нервно-психических нарушений в послеоперационном периоде выделяют три этапа: адинамический, невротический и период обратного развития астенических явлений (В. В. Ковалев).

В первом периоде после операции на сердце больные истощаемы, несколько оглушены, безучастны к окружающей обстановке и своему состоянию. Они с трудом отвечают на вопросы, односложно, тихим голосом, быстро утомляются. Во втором периоде становятся более активными, отчетливо выступают ипохондричность и раздражительная слабость. Могут появиться двигательное беспокойство, тревога за состояние здоровья. Иногда возникает приподнятое настроение с говорливостью, беспечным отношением к своей болезни. Это поведение больных может представлять опасность для их физического состояния, так как они совершают резкие движения, порываются вставать. Сон нарушается, появляется иллюзорное восприятие окружающего, что еще более усложняет картину болезни и уход за такими больными. Они нуждаются в проведении психотерапевтических бесед, которые, учитывая утомляемость и истощаемость больных, не должны быть продолжительными, а адресованные к больному слова просты и понятны; и назначении снотворных и транквилизаторов. С конца 2-й недели после операции наступает постепенное улучшение состояния.

Значение неврогенного, психогенного факторов при развитии приступов стенокардии и инфаркта миокарда отмечалось с давних пор. Г. Ф. Ланг относил грудную жабу к заболеваниям нейрогуморального аппарата и придавал в ее возникновении решающую роль отрицательным неотреагированным эмоциям.

Многие считают, что в сложном патогенезе развития коронарной недостаточности имеют значение следующие факторы: 1) расстройство нервно-регуляторных механизмов, часто способствующих повышению тонуса венечных сосудов, их спазму; 2) коронарный атеросклероз; 3)

обменные нарушения в миокарде; 4) изменение процессов свертывания крови с наклонностью к гиперкрагуляции.

По-видимому, в каждом отдельном случае развития болезни наблюдается комбинация указанных факторов, что дает основание различным исследователям приписывать решающую роль то коронарному атеросклерозу, то коронарному спазму, то накоплению в миокарде симпатогенных и надпочечниковых катехоламинов.

В зарубежных работах большое значение придается преморбидным особенностям больных ишемической болезнью миокарда, выделяется так называемый коронарный тип, который отличается особыми чертами характера, такими, как стремление к достижению поставленной цели, отсутствие удовлетворения в работе и в отдыхе.

Еще Г. Ф. Ланг подчеркивал, что ишемическая болезнь миокарда развивается у волевых, целеустремленных Людей, но склонных к глубокому и длительному переживанию отрицательных эмоций.

Указывается, что в профилактике такого грозного заболевания, как инфаркт миокарда, должны найти место не только мероприятия, воздействующие на основные патогенетические факторы заболевания, но и направленные на устранение «факторов риска», исключение или уменьшение отрицательных эмоциональных влияний.

В обучении больного избегать «факторов риска» основная роль принадлежит психотерапевтическим беседам, которые должны проводиться в специальных санаториях, профилакториях, поликлиниках (А. И. Гефтер и Н. В. Иванов).

Нарушения психической деятельности при инфаркте миокарда обусловлены следующими причинами: расстрой*-ством мозгового кровообращения, которое сопровождает инфаркт миокарда, ухудшением питания головного мозга, кислородным голоданием, возникающим в связи с расстройством сердечной деятельности и нарушением дыхания, распадом некротических участков и поступлением в кровь токсических продуктов. Особое значение придается рефлекторному влиянию болевых импульсов на центральную нервную систему. Это рефлекторное воздействие связано с нарушением деятельности вегетативной нервной системы.

В картине нарушений психической деятельности при инфаркте миокарда играют роль и психогенные компоненты, являющиеся реакцией больного на болезнь.

Выделяют несколько этапов в развитии нарушений психической деятельности при инфаркте миокарда. В продромальном периоде появляются изменения психической деятельности, которые могут оцениваться как признаки церебральной ишемии. Больные испытывают ощуще-

ние «неясной затуманенной головы», нечеткость восприятия окружающего, невозможность сосредоточиться при умственной деятельности, головную боль, головокружение. Эти симптомы, как правило, сопровождаются изменениями в эмоциональной сфере — появляются предчувствия опасности, тревога, тоска, иногда эйфория. Указанные расстройства имеют «сигнальное значение» (Л. Г. Урсова). Врач при таких жалобах больного должен знать, что они служат предвестником инфаркта миокарда. Назначением сосудорасширяющих и успокаивающих средств можно предотвратить развитие этого заболевания.

В беседах с больными, длительно страдающими гипертонической болезнью, особенно в пожилом возрасте, надо объяснить «сигнальное значение» указанных симптомов (не запугивая больного и не внушая ему этих расстройств), стремиться научить больного правильно относиться к своим ощущениям и своевременно обращаться к врачу.

Основным проявлением острого периода является болевой синдром, который часто сопровождается безотчетным страхом смерти. В таком состоянии больные или лежат неподвижно, несколько отрешены от окружающего, Или тревожны, двигательно беспокойны, суетливы, растеряны. Иногда это состояние нарастает и больные вскакивают с постели, ходят, говорят, несмотря на то что понимают опасность такого поведения и указывают на это врачу, но не могут успокоиться и лечь. В этих случаях нельзя ориентироваться на высказывания больных, на их как бы сознательное обещание не нарушать режим, а прибегать к успокаивающим средствам.

Имеется некоторая корреляционная зависимость между локализацией инфаркта и характером изменений психической деятельности.

При инфаркте задней стенки миокарда чаще наблюдаются безотчетный страх смерти, тревога, тоска.

Приведем пример.

Больная В., 49 лет, экономист. По характеру всегда была активной, деятельной, целеустремленной, добросовестной, прямолинейной. С 47 лет страдает гипертонической болезнью. Последние полгода работала с большой нагрузкой, уставала, возникали конфликты с сослуживцами. «Раньше могла сдержаться, теперь из-за повышенной раздражительности делала замечания», подолгу переживала эти конфликты, мысленно перебирала обиды, нарушался сон. На работе возникла неприятность, волновалась, плакала. По дороге домой появился сильный приступ загрудинных болей, одновременно с ними безотчетный страх смерти,, были рвота, липкий пот, озноб. В тяжелом состоянии доставлена в больницу, где был поставлен диагноз инфаркта задней стенки левого желудочка.

С самого начала пребывания в больнице крайне тревожна, подавлена, плачет, думает о будущем, которое представляется ей в мрачных красках. Спит плохо, по ночам не может отделаться от тяжелых

пережиданий, сдовиделдя соответстауют характеру переживаний. Каждый день с надеждой смотрит да. грача, успокаивается после психотерапевтической беседы, тю вскоре снова начинает тревожиться.

С улучшением соматического состояния стала обидчивой, раздражительной, жаловалась на лерсонал, что ей не уделяют внимания, на шум, доносящийся с улицы, на студентов, когорие ее раздражали. Были назначены транквилизаторы Постепенно состояние выровнялось, появилась надежда на выздоровление, «снова приобрела способность владеть собой»

Эйфория в большинстве случаев сопровождает инфаркт передней стенки миокарда, а также наблюдается при комбинированных поражениях миокарда. Эйфория всегда служит признаком более тяжелого поражения мышцы сердца и более глубоких психических нарушений. Это осложняется еще и тем, что такие больные не соблюдают режим в связи с недостаточной оценкой своего состояния.

Иногда в картине психических нарушений преобладают апатия, адинамия. Такие больные лежат спокойно, не предъявляют никаких жалоб, не проявляют ни к чему интереса.

Все больные, в остром периоде обычно жалуются на нарушения сна, в сновидениях находят отражение психогенные переживания, по содержанию которых часто удается выяснить психологические конфликты, скрываемые больными. Поэтому таких больных необходимо расспрашивать не только о самочувствии, но и о настроении, переживаниях, волнениях, сновидениях и др. Это позволит врачу выявить имеющиеся у больного установки, представления о болезни, об исходе, часто неправильные, основанные на случайных сведениях.

Врач должен уметь вселить в больного надежду на выздоровление. В беседе врача не допустима формальность или «панибратство».

В подостром периоде с улучшением состояния начинают нарастать явления раздражительной слабости, больные становятся более обидчивыми, раздражительными, их беспокоят разговоры, яркий свет, хождение студентов и персонала, шум транспорта. Необходимо помнить, что эти проявления психических нарушений представляют следующий этап в течении инфаркта миокарда и указывают на улучшение состояния. В этом периоде, кроме психотерапевтических бесед с разъяснением причин такого состояния, требуется назначение транквилизаторов.

При выздоровлении на более или менее длительный срок остаются астенические проявления. У некоторых больных возникает ипохондрическая фиксация на бывших в прошлом ощущениях, меняется отношение к болевому синдрому. Если до инфаркта миокарда многие больные не придавали значения боли в сердце, то после него даже

незначительные болевые ощущения в области сердца вызывают реакцию страха. У таких больных может возникнуть определенный стиль поведения. Они вырабатывают для себя особый щадящий режим, неукоснительно и формально соблюдают назначения врача, ограничивают круг обязанностей и знакомств, все свои интересы сосредоточивают на болезни, становятся эгоистичными и трудными в семье. В этом проявляются часто характерные для лиц, заболевающих инфарктом миокарда, такие черты, как прямолинейность, ригидность, формальное следование догмам и правилам. Во время болезни эти черты, как правило, заостряются, что находит отражение в определенном стиле поведения. Об этом надо помнить, давая рекомендации по соблюдению режима труда, отдыха и др. Если указанные формы поведения и реагирования закрепляются и ими определяется вся дальнейшая жизнь больного, то говорят об ипохондрическом развитии личности.

Такие больные нуждаются в постоянных психотерапевтических беседах, в длительном наблюдении психиатра. Только в результате упорной психотерапевтической работы удается вернуть больных к трудовой деятельности.

При ревматизме психические изменения обусловлены главным образом соматическим заболеванием. Терапевты выделяют несколько вариантов начала этой болезни, некоторые из них проявляются выраженными соматическими расстройствами: повышением температуры тела, болями в суставах и др. При этом варианте психические нарушения неотчетливы, вначале может наблюдаться непродолжительная личностная реакция на болезнь, особенно если в связи с ней нарушаются все дальнейшие планы. В этих случаях врач должен помочь больному смириться с фактом болезни и направить все его устремления на активное лечение.

После приступа остаются астенические явления, которые продолжаются от нескольких недель до нескольких месяцев и создают затруднения у детей и подростков в учебе. Такие дети нуждаются в длительном санаторном лечении. Родители должны быть соответствующим образом подготовлены к тому, что у детей могут наблюдаться повышенная утомляемость, раздражительность, обидчивость, плаксивость. Дети младшего возраста подвижны на уроках, разговаривают, нарушают дисциплину, грубо отвечают на замечания учителей. Меры наказания только ухудшают состояние. Родители должны быть предупреждены врачом, что при появлении подобного поведения, которое является результатом перенесенной болезни— проявлением астении, с ребенком надо обращаться к врачу.

При других вариантах в начале болезни отчетливо выступают астенические нарушения в виде слабости, пониженного настроения, быстрой утомляемости, потливости, снижения аппетита, недомогания, неприятных ощущений в конечностях. У детей и подростков появляется раздражительность, возникают конфликты в школе с педагогами и учениками, поэтому жалобы на плохое самочувствие могут расцениваться родителями как нежелание идти в школу. Поведение и жалобы таких больных иногда рассматриваются как возрастные капризы. У некоторых детей через определенный промежуток времени появляются симптомы ревмокардита, у других указанные явления проходят без соответствующей терапии, но в последующем обнаруживается уже сформировавшийся порок сердца.

Иногда заболевание начинается остро, температура тела повышается до 40° С, сознание изменяется, возникает состояние оглушенности, которое к ночи может смениться делириозным.

Изменения в психическом состоянии характерны даже для латентного периода ревматизма. В этих случаях возникают еще большие затруднения в постановке диагноза, так как картина психических расстройств может быть представлена близкими к шизофрении проявлениями, такими, как галлюцинаторно-бредовые, кататонические,, тревожно-депрессивные, психопатоподобные синдромы. Больные нуждаются в консультации психиатра и лечении в психиатрической больнице.

Принято считать, что при ревматизме часто встречаются аффективные расстройства, депрессия, тревога, страхи, сочетающиеся с другими психопатологическими синдромами. Не типичны явления аутизма, больные откровенно рассказывают лечащему врачу о своих переживаниях, поэтому большое значение имеет целенаправленная беседа с выяснением характера аффективных нарушений и содержания страхов.

Почти у 40% больных ревматизмом, находящихся в стационаре (по данным Е. К. Скворцовой—Молчановой), обнаруживаются невротические симптомы, среди которых преобладают астенические расстройства, истериоформные, фобические и ипохондрические состояния. Для этих больных большое значение имеют психотерапевтические беседы, ободряющие, успокаивающие, разъясняющие причины некоторых ощущений и вегетативных нарушений. Ревматические психозы могут носить острый и затяжной характер. Изменения сознания чаще по типу делириозного, со светлыми промежутками. Делирий может смениться ступором или субступорозным состоянием. Течение болезни часто волнообразное (то обострение, то затухание

симптоматики). После выхода лз психоза наблюдается длительное астеническое состояние, в некоторых случаях могут появиться отдельные симптомы психоорганического расстройства.

Выделяются так называемые кардиогенные психозы при ревматических пороках клапанов сердца с нарушением кровообращения II и III степени.

В возникновении психических нарушений играют роль многие факторы: ревматический процесс в различных системах и органах, недостаточность функции печени и почек, отеки, кислородное голодание. Длительность этих нарушений психики от нескольких часов до 2—3 нед. При этом могут наблюдаться колебания в ясности сознания. Иногда больные сообщают о сновидном переживании отдельных сцен и ситуаций. Часто нарушен ритм сна. В ряде случаев наблюдаютея эйфория, говорливость, некоторая суетливость, иногда состояние тревоги, страха. Сознание болезни, как правило, отсутствует.

При нарастании сердечно-сосудистой декомпенсации появляется расстройство речи, она обедняется, переставляются слоги, появляется бормотание.

Больных с психическими нарушениями при декомпенсированных пороках сердца, как правило, не переводят в психиатрические стационары.

Изменения психической деятельности в связи с крупозной пневмонией известны давно.- На причины их возникновения существуют различные точки зрения. Многие авторы признают большую роль алкогольной интоксикации в возникновении делириозных расстройств сознания при крупозной пневмонии.

В настоящее время выделяют два варианта острых психотических расстройств при пневмонии. Возникновение - делириозного помрачения сознания в первые дни заболевания, как правило, наблюдается у лиц, действительно злоупотребляющих алкоголем. В этих случаях в профилактике психических расстройств и неправильного поведения больного имеет значение беседа врача в приемном отделении и выявление злоупотребления больными алкоголем у самого больного и его родственников. Тревожный сон в первую ночь, страхи, которые испытывает больной, жалобы на внешние раздражители, наличие гипнагогических галлюцинаций указывают на возможность возникновения психотического состояния.

Приведем пример.

Больной, В., 34 лет, тракторист. Развивался правильно, учился средне^ по характеру спокойный и уравновешенный. Алкоголь употребляет по 1 стакану 2 — 3 раза в неделю. 2.XI во время переезда через реку на тракторе вынужден был несколько раз опускаться в воду, чтобы исправить поломку. Вернувшись домой, выпил 2 стакана водки. На*

следующий день появились боли в правом боку и повысилась температура, был госпитализяро»ан в 1ералевтическое отделение, лечили пенициллином и стрептомицином. Первую ночь спал спокойно, затем стал жаловаться на «ессоиницу и обилие неприятных сновидений, часто просыпался I страхе, испытывал сердцебиение, просил не гасить на ночь свет, оставить дв«p1> палаты открытой, чтобы видеть дежурную медицинскую сестру В ночь на 4-е сутки «бредил», не спал, был тревожен, пытался вставать с постели, жаловался, что его кусают блохи, смахивал их с тела, уверял, что видит их. Затем «увидел», что к нему пришла жена, вскочил с постели, выбежал в коридор, где возникло коллаптоидное состояние с цианозом и одышкой.

Придя в себя, был тревожен, суетлив, пытался куда-то бежать, испытывал страх, казалось, что он среди врагов, «фашистов», что его собираются убить, сжечь живьем, громко кричал, звал на помощь, персонал принимал за врагов, больницу — за «подвал пыток». Был переведен в психиатрическое отделение, где через сутки после инъекций аминазина явления психоза прошли.

У лиц, не злоупотребляющих алкоголем, можно наблюдать острое психотическое состояние при разрешении крупозной пневмонии, когда температура уже снизилась и идет активное рассасывание очага воспаления.

Известны случаи, когда врачи поликлиник, не придавая достаточно серьезного значения тяжести состояния у молодых больных после снижения температуры, не посещали их на дому, а настаивали на приходе в поликлинику.

Именно эта дополнительная нагрузка может спровоцировать психическое состояние с бурным развитием клинических проявлений делириозного помрачения сознания, опасными для больных и окружающих поступками и действиями.

У многих больных после перенесенной крупозной пневмонии астенические симптомы сохраняются на более или менее длительный срок.

Так называемые психосоматические болезни

Психосоматическими болезнями принято считать такие, при которых одним из этиологических факторов является психотравмирующее переживание, чаще действующее длительно, хронически. К психосоматическим заболеваниям относят гипертоническую болезнь, бронхиальную астму, язвенную болезнь, заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и др.).

Развитие технического прогресса и цивилизации неизбежно привело к изменению структуры заболеваемости. В большинстве экономически развитых стран почти не встречаются особо опасные инфекции, резко сократились туберкулез и венерические заболевания, но большую роль играют неэпидемические и дегенеративные болезни, такие, как сердечно-сосудистые, злокачественные новообразования, нервно-психические расстройства.

Изменение характера болезней связано со многими отрицательными сторонами «цивилизации», такими, как нервное напряжение в связи со все возрастающими темпами жизни, автоматизацией и механизацией производства, употреблением в пищу различных продуктов неживотного, часто синтетического, химического происхождения.

Несмотря на то что в нашей стране механизация и автоматизация направлены на облегчение труда работающих и к минимуму сведены факторы, ведущие к социальному конфликту, существуют различные моменты, отрицательно влияющие на здоровье людей (эмоциональное напряжение при выполнении ответственных заданий, нарушения режима труда и отдыха, семейные и сексуальные конфликты).

Термины «психосоматическая медицина», «психосоматические расстройства» стали использовать для того, чтобы подчеркнуть, что умозрительное разделение психики и соматики при некоторых условиях вредно. Подчеркивалось, что если в XIX веке был достигнут несомненный успех в соматическом подходе к инфекционным болезням и метаболическим расстройствам, то этого нельзя сказать о некоторых соматических заболеваниях (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, бронхиальная астма), в возникновении которых важную роль играют психогенные факторы. При изучении этих болезней возникают сложные противоречивые вопросы, связанные с этиологией и патогенетическими механизмами, которые, по-видимому, еще находятся на границе наших знаний о процессах жизнедеятельности человека[1].

Исходя из психосоматических концепций, следует считать, что даже кратковременные или преходящие события могут оказать глубокое влияние на состояние организма путем изменения основных процессов, на которые они накладываются; они могут играть важную (но не обязательно доминирующую) роль в этиологии расстройств наряду с другими факторами, например, с генетическими или алиментарными.

«Психологический стресс» (событие внешней среды, способное вызвать в организме внутренние эффекты путем воздействия на воспринимающий аппарат организма) данной жизненной ситуации может быть понят лишь при рассмотрении с точки зрения определенного лица, так как то внутреннее значение, которое оно имеет для последнего, связано с его прошлым и уровнем психического развития.

[1] Психосоматические расстройства, 13-й доклад Комитета экспертов ВОЗ по психогигиене, Женева, 1965.

05-ъедннжет псядологическую и соматическую сферу аффект, колгорыи может выражаться в,- форме тоски, постоянной тревоги, опасений. Если внешние проявления этих аффектов усилием? воли подавляются, то патогенное действие их ведет к изменениям во внутренних органах. Так*и образом, психосоматические болезни в отличие от психогенных характеризуются как бы тенденцией к саморазвитию. Возникнув психогенно, они могут вызывать в головном мозге ответные реакции, которые активизируют нейроэндскриниую систему и вызывают тем самым функциональные изменения органов и систем уже независимо о г продолжающейся психотравмирутощей (или стрессовой) ситуации.

П. К. Анохин в возникновении указанных болезней большую роль придает отрицательным эмоциям и- развивает идею эмоционального комплекса, который является центральным в эмоциональной жизни человека. Этот комплекс обладает мощным в энергетическом отношения возбуждением я мобилизует не только То, что связано с ним адекватными связями в прошлом опыте. Будучи задержанным во времени, он может расширяться, образуя новые функциональные связи.

Таким образом, создаются благоприятные условия для возникновения крайне порочных корково-подкорковых циркуляции возбуждения по типу «ловушки» или заколдованного круга. В этот цикл все с большей интенсивностью вовлекаются как вегетативные компоненты (сосуды, кишечник), так и соматические (мимика, речь, движения). П. К. Анохин разделяет компоненты эмоционального разряда на «.управляемые» и «неуправляемые». Человек легко может подавить выражение эмоции на лице, но ему не удается это сделать в отношении сосудистого или кишечного компонента эмоций.

Среди многообразия типов личностей встречаются такие, которые в связи с особенностями воспитания и развития склонны тормозить внешние проявления эмоциональных реакций. Они выглядят собранными, сдержанными, целеустремленными, напоминают гармоничных личностей, но при детальном изучении, оказывается, что именно они подвержены психосоматическим болезням.

Многие исследователи отмечали, что лица, заболевшие язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, а также язвенным колитом, отличаются определенными чертами характера. У одних это проявляется в чрезмерной категоричности суждений, прямолинейности в оценке поступков окружающих, бурных эмоциональных реакциях, у других в постоянной тревожности, сензитивности, эмоциональной насыщенности переживаний 'без достаточно выраженного внешнего их проявления. Среди этих личностей

встречались взрывчатые, угрюмые, всегда всем недовольные и подозрительные. Известно, что подобные черты характера могут быть связаны с перенесенными в прошлом черепно-мозговыми травмами, особенностями воспитания и условиями жизни в детстве (материальные лишения, плохое питание и другие лишения, связанные с войной, и др.).

У всех лиц, заболевших язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки или язвенным (спастическим) колитом, изменена психическая деятельность. Больные становятся раздражительными, обидчивыми, нарушается сон, снижается работоспособность, появляются быстрая утомляемость, потливость, сердцебиение. У некоторых лиц эти нарушения настолько выражены, что вынуждают обратиться к невропатологам, V других ни сами больные, ни врачи из-за небольшой выраженности указанных расстройств не придают им значения и никакой специальной терапии не применяют. Только при детальном расспросе удается выяснить, что у этих больных стали чаще возникать конфликты дома и на работе, а также в тех лечебных учреждениях, куда они обращаются. Контакты с медицинским персоналом еще больше затрудняются, если у больных отчетливо проявляются взрывчатость, ипохондрическая настроенность и явления канцерофобии. Изучение преморбидных особенностей показывает, что наряду с внешней сдержанностью, целеустремленностью, уравновешенностью, наблюдаемых до болезни, у больных отмечаются костность, ригидность, прямолинейность, формальное понимание долга. При конфликтах у них чаще наблюдаются реакции гнева, раздражения, чем тревожного беспокойства. Несколько реже язвенная болезнь и язвенный колит возникают у мягких натур с чертами повышенной тормозимости и выраженным «чувством неполноценности» и им также бывают свойственны наряду с астенической тревожностью черты ригидности, упрямства.

У некоторых больных до болезни отмечаются взрывчатость и паранойяльность.

Неспецифический язвенный колит — тяжелое соматическое заболевание, обычно продолжающееся многие годы, для которого характерны кишечные кровотечения, запоры и поносы. Причины болезни до сих пор не выяснены. Некоторые рассматривают колит как чисто психогенное заболевание, другие это отрицают, но все исследователи обращают внимание на четкие психические нарушения.

При язвенном колите почти всегда наблюдается астения в сочетании с депрессией, выраженность которой обычно различна. В легких случаях — это тревога и боязливое ожидание, иногда несобранность и растерян-

ность; в тяжельтх—выраженная апатическая депрессия. Эта дегрессия, по мнению Б. А. Целибеева, всегда соматогенная, но реактивные моменты играют большую роль, «Больные находятся в состоянии формально ясного сознания, но совершенно безучастны к окружающему, тусклы, малоподвижны, печаль сочетается с оттенком безнадежности». Иногда после операции апатическая депрессия может смениться реактивно-невротическими расстройствами, которые связаны с наличием противоестественного заднего прохода и необходимостью носить калоприемник.*

При спастическом колите соматическое состояние больных бывает более благоприятным, в то время как психические проявления -отчетливы. Они выражаются в невротических симптомах, астении, невротической депрессии, истерических реакциях, фобиях.

При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки при медленном начале и вялом течении болезни психические нарушения исчерпываются соматогенной астенией. У таких больных наблюдаются слабость, повышенная утомляемость, неглубокий сон, обидчивость, плаксивость. Взрывчатость и раздражительность в этих случаях нечетко выражены.

У других больных появлению язвенной болезни предшествуют реактивные (чаще депрессивные) или невротические (астенические) симптомы, часто характерна картина невротической депрессии, которая сопровождается жалобами на боли и неприятные ощущения в области желудка и сердца.. До помещения в стационар такие больные лучше себя чувствуют вне психотравмирующей ситуации, отмечается зависимость между ухудшением соматического состояния и психическими расстройствами. Такие больные обычно тревожно спят, бывают взрывчаты и раздражительны, но в основном испытывают подавленность и слабость. Имеются суточные колебания состояния. Обычно в утренние часы состояние хуже, чем вечером. Но это не тоска, как бывает при циклотомии, а вялость и слабость, как у неврастеников.

При утяжелении течения язвенной болезни или неспецифического язвенного колита, появлении кровотечений, похудании, болях, утрате трудоспособности могут возникнуть реактивные состояния с тревогой, отчаянием, иногда с суицидальными мыслями. Истерические реакции в таком состоянии наблюдаются редко. Если и бывают представлены, то носят характер сенсомоторныХ или вегетативных расстройств (в виде потливости, подергиваний, кома в горле, чувства жара и др.).

При операции по поводу язвенной болезни желудка и резекций желудка необходимо помнить об особенностях клинической картины, «демпинг-синдрома». Эта особен-

ность заключается в том, что через 10—20 мин после приема пищи появляются приступы острых болей, слабость, потливость, тошнота, рвота, сердцебиение, головокружение, иногда имеющие выраженный характер и напоминающие коллаптоидные состояния.

От этих нарушений отличаются расстройства, которые укладываются в картину гипогликемии, возникающей обычно через Г'/г—3 ч после еды и носящей также характер приступов. В разграничении этих состояний большую, роль играет умение врача подробно расспросить больного, уговорить провести обследования. Больному необходимо разъяснить причины возникающих у него нарушений.

При так называемых психосоматических заболеваниях (язвенная болезнь желудка, язвенный колит и др.) иногда приходится прибегать к оперативному вмешательству, поэтому большое значение имеет подготовка к операции Необходимость оперативного вмешательства может возникнуть внезапно.

У больного неизбежно появляется эмоциональная реакция беспокойства и тревоги при островозникающих заболеваниях, требующих оперативного вмешательства. В таких случаях имеет значение и внезапность ситуации, и болевой синдром, и реакция личности на это несчастье

Травмирует психику и сама необходимость обстановки и ситуации, необходимость принять быстрое решение, вид больницы, врачей, испуганных родственников. От правильного и психотерапевтического подхода врачей в данной ситуации не только к больному, но и к его близким зависит многое в поведении и дальнейшем состоянии больного. Поэтому необходимо по возможности учитывать личность больного, уметь успокоить его, убедить в необходимости оперативного вмешательства, дать понять, что иного выхода нет. Врач должен стремиться к тому, чтобы максимально смягчить страх больного перед плановой операцией.

Такой больной ищет поддержки у врача, у родных, поэтому беседы с близкими больного должны носить строго продуманный характер, чтобы через них психотерапевтически воздействовать на больного. Больной и родственники должны быть твердо уверены в необходимости оперативного вмешательства.

У многих больных перед операцией возникает чувство страха за свою жизнь. Разговоры с другими больными, известие о погибших во время операции могут не только вызвать у больного страх, но и оказать неблагоприятное влияние на исход операции.

Психозы в послеоперационном периоде при язвенной болезни или при неспецифическом язвенном колите встре-

чаются сравнительно редко и по происхождению являются ситуационно-соматогенными, большое значение имеют особенности личности в виде тревожно-паранойяльных ее черт (В. П. Белов).

Состояния помрачения сознания ваблюдаются обычно при выраженной интоксикации и соматическом истощении. При неспецифическом язвенном колите часто возникают паранойяльные расстройства (бред преследования или отравления), при язвенной болезни—депрессивные состояния и ипохондоические идеи.

Типичным психосоматическим заболеванием является гипертоническая болезнь.

Гипертоническая болезнь отличается от собственно психогенных болезней тем, что возникшая нЕсихогенко, в последующем продолжает развиваться по своим механизмам, независимо от того, существует травмирующая ситуация или она дезактуализировалась.

Подчеркивая дезактуализацию психической травмы, необходимо учитывать, что сама болезнь для ряда личног стей является психической травмой, которая утяжеляет течение гипертонической болезни. В то же время психические нарушения, связанные с гипертонической болезнью, могут приводить к затруднениям во взаимоотношениях с окружающими и к конфликтам, которые также вызывают обострение заболевания. Изменения психики приводят к тому, что эмоциональные реакции становятся малоподвижными, появляется наклонность к «застреванию» на неприятных переживаниях, которые в свою очередь создают условия для повышения артериального давления. Таким образом создается характерный для психосоматических заболеваний порочный круг: психические нарушения ведут к возникновению соматических расстройств, которые в свою очередь усложняют и утяжеляют психические проявления.

Изменения психики при гипертонической болезни разнообразны, они зависят от особенностей личности больного, тяжести и стадии гипертонической болезни.

В додиагностической стадии, т. е. тогда, когда еще диагноз гипертонической болезни не поставлен и повышение артериального давления не выявлено, могут наблюдаться астенические симптомы (раздражительность, нарушение сна, более быстрая утомляемость, головные боли), которые больной обычно описывает после обнаружения у него повышенного артериального давления. Часто гипертонической болезни предшествует длительная психотравмирующая ситуация, и астенические расстройства, вызванные именно ею, могут носить вначале психогенный характер.

Для некоторых больных, особенно если они уже

имеют представление об этом заболевании, если их родственники болели или умирали от гипертонической болезни, при тревожно-мнительном характере обнаружение высокого артериального давления воспринимается как трагедия, катастрофа, крушение всех надежд. У этих больных наблюдаются выраженные психогенные нарушения: подавленное настроение, прикованность внимания к болезни, тревожные опасения за свое здоровье. Такие больные постоянно посещают врачей, сами следят за показателями артериального давления, все их мысли сосредоточены на этом, снижается работоспособность, круг интересов ограничивается фиксацией на болезни и домашними делами. Весь режим строится таким образом, чтобы не вызвать повышения артериального давления. Во имя здоровья такие лица отказываются от увлечений, театров и концертов, не ходят в гости, чтобы не нарушить режим, аккуратно, до педантизма соблюдают назначения врача. Спят они поверхностно, часто можно наблюдать расстройство засыпания по типу невроза ожидания, особенно если сну придается решающая роль в нормализации артериального давления.

В этом периоде большое значение имеют беседы врача, направленные на разъяснение и успокоение больного. Можно пользоваться и специальными психотерапевтическими методиками, хороший эффект дает аутогенная тренировка, назначение транквилизаторов, которые несколько смягчают наклонность к аффективным реакциям, тревогу и напряженность.

У другой группы больных диагноз гипертонической болезни не вызывает какой-либо реакции, скорее они отрицают факт болезни, отказываются от лечения, продолжают вести прежний образ жизни, игнорируют заболевание. Такие реакции часто наблюдаются у лиц, злоупотребляющих алкоголем, когда имеется анозогнозИя соматических расстройств.

Многие больные правильно оценивают свое состояние, принимают соответствующее лечение. Считают, что гипертонической болезнью чаще заболевают лица с определенными чертами характера, такими, как сдержанность и целеустремленность, прямолинейность и категоричность в суждениях в сочетании с некоторой ригидностью. Несколько реже гипертоническая болезнь возникает у лиц с эмоциональной неустойчивостью, демонстративных или робких, застенчивых с тревожно-мнительными чертами характера. Указанные особенности преморбида обычно несколько заостряются с появлением гипертонической болезни, в связи с чем у больных возникает больше поводов для эмоционального напряжения. В развитии гипертонической болезни выделяют этап, для которого

характерны астенические расстройства. У некоторых больных в это время появляются навязчивые опасения за свое здоровье, иногда сравнительно быстро формируются истерические реакции и истерические формы поведения.

Терапевты и невропатологи могут допускать ошибки в поведении и обращении с такими больными. Не обнаружив у них явных признаков соматического или неврологического расстройства, врачи говорят больным, что они здоровы, должны взять себя в руки, что их «болезнь не болезнь, а притворство», чем создают конфликтную ситуацию. Врач всегда должен помнить, что истерические нарушения (вегетативные и сенсомоторные) в своем возникновении имеют элемент «условной приятности и желательности» (И. П. Павлов)[1], как защитной реакции, освобождающей этого человека от непереносимой для него ситуации. Прежде всего врач должен объяснить больному причину его состояния, убедить, что расстройства нервной системы могут быть органические и функциональные и у него функциональное расстройство, которое обратимо, и при соответствующей терапии нарушенная функция восстановится, но для этого необходимы консультация специалиста, прием лекарств и др.

При прогрессировании гипертонической болезни нарастают психоорганические расстройства, которые выражаются в истощаемости, утомляемости, слабодушии, нарушениях памяти, колебаниях настроения. При этом больные становятся обидчивыми, придают большое значение мелким неприятностям, житейским неудачам, склонны фиксировать на них свое внимание.

В беседе с врачом часто обнаруживается эта сенситивность, иногда вязкость и обстоятельность мышления, а также ипохондрическая фиксация на различных ощущениях.

Бронхиальная астма—заболевание, в котором основным симптомом является удушье, обусловленное нарушением проходимости бронхов. Заболевание известно давно, о нем имеется упоминание в афоризмах Гиппократа. В середине XVII века Гельмонт и Виллис ввели понятие «нервной», или спазматической, астмы, характеризующейся внезапными приступами. В первой половине XIX века Г. И. Сокольский, подчеркивая значение нервного компонента в патогенезе всякой одышки, рассматривал бронхиальную астму как особую форму одышки, происходящую от судорожного сжатия легких и названную им «нервной одышкой».

Большинство исследователей в настоящее время счита-

[1] Павлов И. П. Полн. собр. соч. Л., 1951, т. III, кн. 2, с. 209.

ют, что в возникновении астматических приступов определенное значение имеют психические травмы и эмоциональное напряжение.

Представители психосоматического направления рассматривают бронхиальную астму как типичное психосоматическое заболевание, а свойственные этим больным черты характера (аккуратность, обязательность) оценивают как «профильные», присущие «аллергической личности». По наблюдениям отечественных психиатров, указанные особенности не определяют структуры личности заболевающих бронхиальной астмой, у них наиболее часто отмечаются возбудимость и тормозимость, как правило, не достигающие выраженности психопатии.

Специфика психической деятельности и поведения больных бронхиальной астмой обычно складывается из личностных реакций на болезнь, которые находятся в прямой зависимости от преморбидных особенностей. Реакция на болезнь зависит от тех же факторов, что и при других заболеваниях, клиническая картина реакции также исчерпывается основными вариантами. Выраженность расстройств в большинстве случаев обусловливает острота и внезапность начала болезни.

При хроническом течении болезни и необходимости в связи с этим длительное время находиться в соматических стационарах появляются изменения личности (патологические развития, в структуре которых переплетаются реактивные и соматические нарушения, причем, так же как и при других соматических заболеваниях, выступает обратная пропорциональность этих компонентов, с нарастанием соматогенных расстройств уменьшается удельный вес психогенных и наоборот («психосоматическое балансирование» Барюка, Е. К. Краснушкина).

В картине психических нарушений при бронхиальной астме большое место занимают страхи, возникающие как реакция на приступ и как мучительное ожидание приступа удушья. У некоторых больных появляются страхи не только перед приступом бронхиальной астмы, но и другие ипохондрические страхи, например за сердце. Больные опасаются, что деятельность сердца нарушится в связи с приемом лекарств, которые могут «испортить сердце». Из-за этих страхов часто возникают затруднения в лекарственной терапии, и поэтому большое значение приобретает психотерапевтическая работа с больными, страдающими бронхиальной астмой.

Сравнительно реже ипохондрических фобий возникают различные истероформные расстройства, но они обычно носят характер вегетативных и сенсомоторных пароксизмов, без выраженных истероподобных форм поведения.

Приведем пример.

У больной" Г., 32 лет, приступ бронзиаяшой астмы возник остро после сообщения мужа, что он ее оставляет а уходит к другой женщине. В состоянии тяжелого приступа была доставлена в больницу. Никакие противоастаагическЕе средства не купировали приступ. Возникла опасность для жизни больной. Был приглашен муж больной и ему сообщено о ее состоянии, после чего он согласился повидаться с женой и сообщить об изменении своего решения. Через некоторое время лриступ купировался. .

В данном случае в возникновении приступа бронхиальной астмы играл решающую роль истерический механизм.

Большое место в системе лечения бронхиальной астмы должны занимать рациональная психотерапия и обучение больного приемам аутогенной тренировки. Если истерические припадки носят характер приступов удушья и возникают в связи с травмирующей ситуацией, то хороший результат наблюдается при гипнотерапии.

При первом приступе бронхиальной астмы, при котором особенно выражено чувство страха в связи с удушьем, правильная беседа врача, ободряющая и успокаивающая не только больного, но и его родственников, имеет основное значение для дальнейшего лечения этого заболевания.

Особенности психологии больного с эндокринной патологией

В настоящее время хорошо известно, что при многих эндокринных заболеваниях наблюдаются различные психические отклонения, диапазон которых весьма велик—от выраженных психозов до едва уловимых изменений личности.

Большая роль в систематическом изучении психических отклонений при эндокринных заболеваниях принадлежит Манфреду Блейлеру. В 1954 г. вышла его монография «Эндокринологическая психиатрия». По утверждению М. Блейлера, каждое длительное эндокринное расстройство ведет к изменениям психики, но различные при отдельных формах болезни, они отчетливо выражены, например, при гипертиреозе и невелики при кастрации.

Психопатологические изменения, наступающие при эндокринных заболеваниях, М. Блейлер объединил в рамки «неспецифического эндокринного психосиндрома», в структуру которого входят обычно нарушения настроения и расстройства побуждений и инстинктов.

«Эндокринный психосиндром», по М. Блейлеру, включает в себя только те психические расстройства, которые возникают при эндокринных заболеваниях и не являются результатом диффузного поражения головного мозга или психогенной реакции.

Отдельные эндокринные заболевания в структуре «эндокринного психосиндрома» могут иметь свои особенности. При обследовании больных с эндокринными заболеваниями врач должен учитывать их психические особенности и соответственно вести расспрос и психотерапию, а также давать соответствующие рекомендации по уходу среднему медицинскому персоналу: так, надо помнить, что у больных с гипотиреозом наблюдается повышенная потребность в тепле и просьбы закрыть форточку или укрыть дополнительным одеялом не являются капризами больного, так же как у больных с гипогликемией повышено чувство голода и часто съеденный кусок пищи предотвращает гипогликемическое состояние.

У больных, страдающих эндокринными заболеваниями, наблюдаются замедление мышления, затруднение в формулировании ответа, поэтому для сбора необходимых анамнестических сведений требуется много времени и терпения.

Эти больные часто отличаются повышенной эффективностью, у них легко возникают эмоциональные реакции, они требуют к себе особого внимания.

В возникновении психозов и непеихотических изменений психики при эндокринных заболеваниях играют роль не только собственно эндокринные расстройства (избыток или недостаток гормона), но и возникающие в связи с ними изменения в нервной системе. Большое место занимают и различные психогенные факторы, такие, как реакция на болезнь, изменение социального положения, взаимоотношения с родными, госпитализация (длительное пребывание в лечебном учреждении и изменение в связи с этим личности).

Акромегалия. При акромегалии многие исследователи (М. Блейлер, Т. А. Доброхотов, Б. А. Целибеев и др.) отмечали апатию и астению. У этих больных часто наблюдаются повышенная сонливость, вялость, отсутствует реакция на изменение своей внешности, что по мнению Б. А. Целибеева, связано с эмоциональным потускнением, которое наряду-с этим не приводит к равнодушию к близким, к своей судьбе, к работе. Для этих больных характерны повышенная обидчивость, раздражительность, придирчивость и ворчливость. В ряде случаев бывают состояния дистрофии с преобладанием тоскливо-злобного аффекта с повышенным стремлением к двигательной активности. Во время лечения в стационаре поведение больных может меняться часто, без связи с внешними раздражителями. Так, вялые, апатичные, как бы безразличные к окружающему, могут сделаться ворчливыми, придирчивыми, давать неадекватные злобные реакции на окружающих, суетиться, вмешиваться не в свои дела.

У многих, больных наблюдаются расстройства памяти, приближающиеся к амнестическсму синдрому. Такие больные вьшуждены все записывать, и общение с ними, особенно выявление объективных сведений, бывает из-за этого затруднено.

Могут наблюдаться ипохондрические жалобы, они обычно малоконкретны, расплывчаты, напоминают ипохондрические расстройства при шизофрении. Имеют место психосенсорные расстройства типа нарушений — «схемы тела». Бредовые идеи редки и эпизодичны.

Пангипопитуитаризм (недостаточность гипофиза). Пангипопитуитаризм и заболевания, вызванные поражением передней доли гипофиза (кахексия Симмондса, синдром Шихана), обычно сопровождаются атрофией половых желез, щитовидной железы и надпочечников.

Гамбургский патологоанатом М. Симмондс в 1914—1918 гг. подробно описал случай поражения доли гипофиза, сопровождавшийся кахексией я смертельным исходом. Развивается эта болезнь чаще у женщин в послеродовом периоде, но возможно ее возникновение и у мужчин в связи с травмой, опухолью или мозговой инфекцией. Характерны похудание (до 46% потери массы), слабость, аменорея, нарушения аппетита, сна, зябкость.

Поздние трофические нарушения: ломкость ногтей, выпадение волос и др.

Ливерпульский патологоанатом Шихан в 1937—1938 гг. описал некроз передней доли гипофиза как проявление послеродовых осложнений.

М. Блейлер отмечал, что в начале этого заболевания имеют место только эмоциональные нарушения, затем может нарастать вялость, потеря интересов и влечений.

Мать, страдающая этим заболеванием, может утратить в таком состоянии интерес к детям, может лежать в грязи, не есть сама и не кормить детей.

Основным симптомом, по мнению М. Блейлера, является апатия, которая может сопровождаться астенией и адинамией. Ведущей является астения с мышечной слабостью, апатия с оттенком легкой депрессии. Больные обычно лежат в постели, отвернувшись к стене, на вопросы отвечают с небольшой задержкой. Отмечается ослабление запоминания. Больные с трудом усваивают текущие события, при беседе необходимо учитывать это.

Наблюдающиеся в раннем периоде заболевания расстройства пищеварения, извращения аппетита, рвота, запоры, понос, приступообразные боли в животе могут привести к мысли о наличии какого-то желудочно-кишечного заболевания с последующим обследованием и даже к операции.

Необходимо помнить, что подобная клиническая картина иногда наблюдается при нервной анорексии (orex1з—~ аппетит, an — отрицание).

Нервная (психическая) анорексия как самостоятельное заболевание была выделена во второй половине XIX века.

Наблюдается у девочек-подростков, девушек и молодых женщин, которые без каких-либо соматических заболеваний начинают упорно отказываться от еды, в результате чего у них наблюдается резкое исхудание до кахексии аменорея.

У таких больных обычно сохраняется активность, они продолжают работать или учиться, но обращают внимание окружающих своим похуданием.

Выделяют истинную анорексию (отсутствие аппетита) и вторичную, при которой наблюдается сознательное ограничение в еде из-за убеждения (бредового или сверхценного) в излишней полноте (М. В. Коркина).

При вторичной анорексии, как правило, нет потери аппетита, больные борются с голодом. Кроме отказа от еды или применения специально ими придуманной диеты, они пользуются изнуряющими гимнастическими упражнениями, вызывают рвоту, принимают различные гормональные препараты. Такие больные всегда скрывают свое поведение и их причины, поэтому возникают большие затруднения при проведении обследования в терапевтическом стационаре.

Первичная анорексия характеризуется истинным отсутствием аппетита, и отказ от еды не носит целенаправленного желания похудеть.

У истерических личностей отсутствие аппетита, похудание, беспокойство близких по этому поводу и чрезмерное к ним внимание может способствовать закреплению этой реакции по типу «условной приятности и желательности» и повторяться при любых жизненных затруднениях.

У тревожно-мнительных личностей анорексия может возникать в периоды ответственной работы при эмоциональном напряжении, тревоге и беспокойстве.

Для правильной оценки отказа от еды врач должен собрать анамнестические сведения, разобраться в причинах имеющегося психологического конфликта, провести психотерапевтическую работу, суметь убедить в необходимости консультации у психиатра.

Если при болезни Симмондса и синдроме Шихана назначать нейролептики нельзя, так как они тормозят деятельность передней доли гипофиза и коры надпочечников и могут блокировать реакцию коры надпочечников на АКТГ, то при нервной анорексии применение некоторых нейролептиков оправдано.

Синдром Иценко — Кушинга. Кушинг в 1932 г. описал заболевание «питуитарный базофилиз» (базофильная аденома гипофиза). Н. М. Иценко в 1924 г. наблюдал и описал заболевание со сходной клинической картиной и в дальнейшем связывал его возникновение с поражением гипофиза и промежуточного мозга.

Клиника и патогенез многообразны, поэтому чаще пользуются понятием «синдром».

У больных при наличии синдрома Иценко—Кушинга отмечается трудность общения с окружающими. Они обычно капризны, избирательно общительны, непостоянны в своих реакциях. Психотерапия оказывается малоэффективной. Беседы о болезни часто ведутся в ироническом тоне. У этих больных наблюдаются различной выраженности депрессии, почти всегда с психогенным оттенком как проявление реакции на свою болезнь.

В отличие от других больных с эндокринной патологией, у них обычно более четкие реакции на свое заболевание и на изменившуюся внешность.

Иногда не наблюдается стойкой депрессии, а тоска сменяется раздражительностью, глухим недовольством и злобностью, апатией или пустой эйфорией.

Эти больные часто предъявляют массивные ипохондрические жалобы, которые представляют контраст с их внешним, как бы очень благополучным видом.

У больных с синдромом Иценко—Кушинга наблюдается склонность к нарушению режима, нетерпимость к минимальным требованиям дисциплины. Порой они проявляют детскую капризность и недисциплинированность, требуют себе дополнительных прогулок, не хотят гасить свет в палате, жалуются, плачут, вступают в конфликт, уходят с территории больницы и Др.

У этих больных могут наблюдаться состояния деперсонализации и нарушения схемы тела. Могут возникать периоды с двигательной активностью, доходящие, по мнению М. Блейлера, до степени дромоманического синдрома. Врач должен помнить о возможности возникновения таких состояний, уметь психотерапевтическими беседами с больными и персоналом корригировать трудности взаимоотношений.

При большой дазности заболевания обычно наступают интеллектуально-мнестические расстройства.

Психические нарушения при лечении стероидными гормонами. Лечение гормонами гипофиза и коры надпочечников в последние десятилетия стало широко применяться при различных заболеваниях (бронхиальная астма, язвенный колит, ревматизм, болезнь Аддисона, красная волчанка и др.).

Чаще всего применяют глюкокортикоид — кортизон и гормон гипофиза — АКТГ. Вскоре у людей, получавших эти препараты, стали отмечать нарушения психической деятельности от легких изменений настроения до развернутых психозов.

При приеме кортизона и АКТГ наиболее часто наблюдаются аффективные расстройства. Появляется приподня-

тое, радостное настроение, «чувство комфорта», прилив физических и умственных сил. Эйфория не всегда сопровождается улучшением физического состояния, в ряде случаев может ему предшествовать. При продолжении приема гормональных препаратов эйфория может смениться астенией, вялостью, апатией или перейти в гневливость, раздражительность, тяжелую бессонницу и депрессию. Эйфоризирующее действие стероидных гормонов может привести к привыканию. Это действие, по мнению многих авторов, более выражено во время первых курсов лечения, затем значительно ослабевает.

Некоторые авторы отмечают, что больные, принимающие эти препараты, бывают похожи на лиц в состоянии алкогольного опьянения. Обследование этих больных психологическими методами показало снижение интеллектуальной продуктивности, стремление к дурашливости и плоским шуткам.

Психозы при применении стероидных гормонов встречаются сравнительно редко. В клинической картине наблюдаются состояния помрачения сознания различной глубины и выраженности и аффективно-бредовые расстройства.

Корреляционной зависимости между суточными и курсовымм дозами и тяжестью психических нарушений, как правило, не наблюдается.

Сахарный диабет относится к наиболее распространенным эндокринным заболеваниям.

Грубые изменения личности и психозы при сахарном диабете отмечаются сравнительно редко, но изменения поведения, настроения и отношения к окружающему наблюдаются примерно у половины больных сахарным диабетом.

Все авторы отмечают, что основное нарушение психики выражается в сильной раздражительности и быстрой утомляемости. Это создает затруднения при общении врача и медицинского персонала с такими больными, несмотря на то что они обычно более откровенны, чем больные с другой эндокринной патологией.

Для лиц, страдающих сахарным диабетом, характерна повышенная эмоциональность, словоохотливость, они иногда легко рассказывают о своих переживаниях, вступают в конфликт с окружающими, часто испытывают чувство неудовлетворенности, досады, обиды и неполноценности.

Эти больные из-за повышенной эмоциональности часто совершают необдуманные поступки, руководствуясь настроением данной минуты, допускают погрешности в еде без учета своето состояния.

Раздражительность в ряде случаев может достигать выраженных приступов гневливости по незначительному

доводу. Врач должен всегда учитывать особенности поведения таких больных и понимать, что под влиянием раздражения они способны совершать необдуманные поступки, вредные для здоровья.

Иногда огмечается более или менее выраженное ослабление памяти (забывчивость). Поэтому об изменении лечения или о необходимых обследованиях следует давать подробную инструкцию близким.

Психозы при сахарном диабете характеризуются делириозно-аменгивными расстройствами сознания различной глубины и выраженности. В ряде случаев может наблюдаться иллюзорность в восприятии окружающего, повышенная чувствительность к различным раздражителям, болтливость, создающая впечатление хорошего настроения, некритичность.

Большое значение имеют особенности психической деятельности при еще не диагностированном сахарном диабете у взрослых. Характерна мерцающая симптоматика, кратковременные делириозные эпизоды могут сменяться легкой эйфорией, создающей впечатление полного соматического благополучия. Отмечены наплывы воспоминаний, недостаточная критика к своему состоянию. На фоне указанных расстройств могут возникнуть немотивированные состояния возбуждения со злобностью и наклонностью к агрессии.

Повышенная эмоциональность больных сахарным диабетом приводит к чрезмерным эмоциональным реакциям, которые сопровождаются ухудшением состояния. В связи с этим большое значение имеют правильный подход к больному с учетом его психических особенностей и умелое проведение психотерапии, а также своевременное назначение транквилизаторов.

Тиреотоксикозы. Этот термин встречается преимущественно в советской литературе. Другие авторы чаще используют термин «гипертиреоз».

Клинические проявления описаны примерно в одно время Гревсом (1835) и Базедовым (1840).

Уже в первых работах отмечались психические нарушения, выражающиеся в тревожности, расстройствах сна, суетливости, кажущейся веселости.

С давних пор существует мнение, что в возникновении базедовой болезни большую роль играют психические травмы, но в последние годы о «психогенезе» М. Блейлер писал с меньшей определенностью.

Основными психическими нарушениями непсихотического характера при тиреотоксикозах (базедова болезнь, токсическая аденома и др.) являются нервность, неусидчивость, вспыльчивость, раздражительность, разбросанность, недостаточная способность к концентрации, тороп-

ливость, быстрая утомляемость, отсутствие упорства в достижении цели, обидчивость, пугливость, наклонность к колебаниям настроения. Эти больные плохо переносят жару, ожидание, у них отмечается повышенная потребность в движениях, повышенная вегетативная возбудимость, легко возникают красные пятна на лице, потливость, сердцебиение и др. На приеме у врача и в отделении они всегда обнаруживают повышенную потребность в движениях, часто доходящую до суетливости. Ожидая очереди, бегают по приемной, могут вступать в. беседу с окружающими, оживленно жестикулируют, при разговоре двигательная активность обычно возрастает.

На приеме у врача они говорят, переключаясь с одной темы на другую, торопятся, вскакивают, снова садятся, и врачу требуется большое терпение, чтобы выслушать все, что они сообщают. У них легко возникают реакции обиды, недовольства, раздражения.

В больнице эти больные также остаются подвижными, суетливыми, часто вступают в конфликты с соседями, переходят из одной палаты в другую, у них могут наблюдаться истерические реакции. Наибольшие сложности представляют собой психотические состояния, которые возникают в связи с операцией струмэктомии.

Причинами послеоперационных психозов служат тревожность и страх перед операцией. Пребывание в необычной обстановке, ожидание перед операцией, чувство страха, бессонница способствуют возникновению психотического состояния. В связи с этим большое значение имеет правильный подход к таким больным перед операцией, назначение седативных средств, снотворных, а самое главное — проведение психотерапевтических бесед, из которых больной должен понять, что операция необходима для его дальнейшего здоровья и трудоспособности.

Острые психические расстройства после струмэктомии развиваются, как правило, через несколько часов и часто напоминают маниакальные состояния. Больные испытывают слуховые, зрительные галлюцинации; речь бессвязная; возбуждение нецеленаправленное. Продолжительность психозов невелика.

После операции струмэктомии могут возникнуть явления гипотиреоза и тогда поведение больного и нарушения психической деятельности напоминают микседему.

Приведем пример.

Больная А., 38 лет, инженер. В 32 года обнаружено увеличение щитовидной железы,, несмотря на систематическое лечение, нарастали явления тиреотоксикоза. Произведена двусторонняя субтотальная резекция щитовидной железы. Послеоперационный период протекал гладко. Через месяц после операции приступила к работе. Вскоре сотрудники обратили внимание на изменившееся состояние. Стала медлительной, равнодушной, «ленивой», рассеянной, забывала порученные ей задания.

Измявшись цнешне, не следила за собой, лицо стало одутловатым, приэорело» желтовато-бледный" оттенок. Жаловалась на плохой сон;, повышенную утомляемость. Дома ничем не занималась, не убирала комнату и не гокиигла, плохо ела. Временам становилась тревожной, высказывала, нелепые ипохондрические жалобы, вскакивала и начинала деягагь, гимнастические упражнения, которыми оаа «восстанавливала правильное .положение мозжечка». При обследовании были обнаружены явления гиготиреоза.

Психотические состояния возникают не только после операции, но н ири резком прекращении тиреотоксикоза в связи с лечением радиоактивным йодом. В этих случаях у больных могут появиться тревога,, депрессия «отчуждения»к нелепые ипохондрические переживания, ощущение «внутренней пустоты», безразличия, окружающее кажется им мертвенно тихим.

Знание особенностей психопатологических симптомов» возникающих при эндокринной патологии, может помочь в проведении специального обследования,.' лечения и в предупреждении различных осложнений.

Глава IX

]^1ЕДИКО-ПСИХОЛОГ1СТЕСКИЕ АСПЕКТЫ В АКУШЕРСТВЕ, ПЕДИАТРИИ, ГИНЕКОЛОГИИ

ПСИХОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

Многие столетия помощь и лечение женщин находились в руках повитух, знахарок, позднее—акушерок, часто не обладающих достаточными медицинскими знаниями. Предрассудки требовали, чтобы к женщине, особенно беременной и во время родов, не прикасались руки мужчины, в родовспоможении, могла участвовать только женщина. Истории известны случаи, когда врачи за акушерскую деятельность подвергались казни. В настоящее время все достижения науки используются врачами и все меньше остается предрассудков и суеверий.

Хорошо известно, что самочувствие женщины- во время беременности во многом зависит от ее психического состояния, и в первую очередь от семейной ситуации. Несмотря на то. что в нашей стране отношение к беременной женщине не определяется тем, состоит она в браке или нет, и закон охраняет все права беременной, все же предрассудки и старые взгляды на незаконнорожденность существуют и живучи.

В психиатрической литературе XIX века много внимания уделялось случаям убийств «незаконнорожденных»-. Французами были описаны родовые психозы, когда у

женщины сразу после родов возникало тяжелое состояние возбуждения и ненависть к источнику своих мучений — к ребенку.

Сторонники психоаналитического фрейдистского направления рассматривают убийство новорожденного как «проявление незавершенного самоубийства», как «идентификацию ребенка с матерью».

Неукротимая рвота беременных в связи с этими взглядами рассматривается как «подсознательный отказ» от беременности и нежелание иметь ребенка.

С давних пор известно благотворное влияние беременности на женщин с невротическими симптомами, которые во время беременности испытывают значительное улучшение состояния.

. На отношение женщин к беременности оказывают влияние различные факторы, социальные, морально-этические, экономические и др. Это отношение зависит и от особенностей личности женщины.

Реактивные депрессии, возникшие в связи с беременностью, прекращаются, как правило, к 4—5 мес, несмотря на неразрешенность психотравмирующей ситуации. Иногда встречается декомпенсация психопатических черт характера или психического инфантилизма.

При установлении беременности необходимо помнить, что возможна ложная беременность, которая вызывается невротическими, психогенными факторами. У этих женщин наблюдается увеличение живота, прекращаются менструации, могут появиться даже характерные для беременной полосы на животе. Психогенио может возникнуть изменение в расположении диафрагмы, в ее движениях, в тонусе мышц живота. Обычно присоединяется метеоризм, что создает увеличение живота. Ошибочное диагностирование беременности может быть использовано некоторыми женщинами в корыстных целях или для шантажа.

В различные периоды беременности могут наблюдаться те или иные психические нарушения. В первый период большое место занимают расстройства невротического характера, повышается чувствительность к различным запахам, появляются тошнота, рвота, сонливость и утомляемость. Тошнота и рвота при беременности имеют много причин, но одной из наиболее значимых следует считать психогенные моменты. Роль психогенного фактора подтверждается часто тем, что из большого арсенала терапевтических средств наиболее эффективным часто оказывается психотерапевтическое воздействие.

С начала беременности у будущей матери возникают тревожные опасения за будущего ребенка, а также сомнения в связи с потерей женственности, привлекательности, во взаимоотношениях с мужем. Позднее у тревожных и

впечатлительных-натур основное место в переживаниях занимают именно опасения за будущего ребенка. Такие женщины могут прислушиваться к разговорам других женщин, с тревогой выслушивают их рассказы о «страшных наследственных болезнях», опасаются уродств ребенка, част* с этими тревогами обращаются к врачу женской консультации; успокоившись по одному поводу, начинают тревожиться по другому.

К концу беременности часто эти опасения сменяются тревогой и беспокойством за благополучный исход родов. Роды требуют большого напряжения духовных и физических **СЕЛ** женщины, но, несмотря на это, психозы, связанные непосредственно с процессом родов, почти не наблюдаются. У эмоционально неустойчивых женщин, особенно у тех, кто плохо Переносит боль, может появиться состояние суженного сознания и психомоторного возбуждения, в ряде случаев сопровождающегося бранью и агрессией. Психические нарушения, возникающие во время родов, являются чаще всего сумеречными (истерическими) состояниями измененного сознания.

С давних пор человечество искало пути избавления женщины от болей во время родов. Структура боли при родах очень сложна. В ней, по мнению исследователей, большую роль играет укоренившееся представление о том, что роды всегда должны сопровождаться болью. Это положение было подтверждено рядом авторов, которые отмечали диспропорцию между органическими причинами болей и эмоциональной реакцией на них.

С начала XX века делаются попытки беседами и разъяснениями уменьшить болезненность родов. В 1920 г. под руководством К. И. Платонова была разработана методика обезболивания родов путем использования гипнотических и суггестивных приемов.

Психопрофилактика болей в родах впервые была применена в Советском Союзе И. 3. Вельвовским. Поихопрофилактическая подготовка беременных к родам—это комплекс мероприятий, направленных против развития болей в родах и осуществляемых путем воздействия на нервную систему женщины словами. Психопрофилактическая подготовка включает санитарно-просветительную работу, разъяснительные беседы, специальные занятия с беременными, физкультурные упражнения. Одни мероприятия проводятся в консультации, другие — в родильном доме. В результате психопрофилактической подготовки женщина становится активной участницей родов.

На основании классических работ отечественных физиологов И. П. Павлова, К. М. Быкова и Л. А. Орбели установлена роль болевых рецепторов, проводников и болевых центров в процессе родового акта. Конечным

центром восприятия болевых раздражений является кора большого мозга. Формирование болевого ощущения в сознании человека представляет собой функцию коры большого мозга.

Для того чтобы получить обезболивающий эффект в родах психопрофилактическим методом, необходимо разъяснением добиться активного и сознательного участия женщины в родах, устранить отрицательные эмоции, в первую очередь эмоцию страха, и выявить новые, радостные эмоции в связи с предстоящим материнством, а также убедить женщину в безболезненности и безопасности родового процесса как нормального физиологического акта.

Психопрофилактическая подготовка беременных к родам состоит из двух компонентов: 1) дородовая подготовка беременных в женской консультации и 2) проведение мероприятий по обеспечению эффекта психопрофилактики в родовспомогательных учреждениях.

Дородовая психопрофилактическая подготовка включает общую подготовку, которая начинается с первого посещения беременной консультации, и специальную, проводимую во время дородового отпуска. Психопрофилактику сочетают со специальными физическими упражнениями для каждого периода беременности[1].

Послеродовые психозы

Послеродовые психозы известны давно. Еще Гиппократ считал причиной послеродовых психозов нарушение отделения лохий, которые, «попадая в голову, вызывали психические нарушения». Близких взглядов придерживался и Гален, который указывал, что «горячая кровь» после родов попадает в голову и вызывает психоз. В дальнейшем взгляды на причины, вызывающие психозы в послеродовом периоде, менялись и стали придавать значение наследственному предрасположению, психогенным и простудным факторам, кровопотере, бессоннице. Клинические проявления в одних случаях расценивались как «лихорадочный делирий», в других—как «бред истощения».

В литературе часто встречается термин «генерационные психозы», под которым объединялись все психические нарушения, возникающие во время беременности, в послеродовом и лактационном периодах.

За последние десятилетия в изучении послеродовых

[1] Описание занятий приводится в кн.: Руководство по психотерапии./Под ред. В. Е. Рожнова.—М.: Медицина, 1974, с. 293—296.

психозов выделялись три направления. Одни авторы продолжают рассматривать послеродовые психозы как гетерогенную группу, в которую включаются и шизофрения, и маниакально-депрессивный психоз, токсикоикфекцисжные и тяжелые формы неврозов.

Другие, как правило, сторонники психоанализа, склонны рассматривать все наблюдаемые расстройства как «единый послеродовой психоз», не уделяя внимания нозологической принадлежности указанных расстройств.

Третьи рассматривают послеродовые психозы как самостоятельные послеродовые (пуэрперальные), связанные с эндокринно-диэнцефальными нарушениями, являющимися результатом родов, лактации и др. Беременность вызывает гипертрофию гипофиза, щитовидной железы, коры надпочечников, островков ЛангерганСа. Особенности и сдвиги в соотношении фолликулин—лютеин, по мнению этих исследователей, представляют решающий фактор в генезе послеродовых психозов.

Наиболее частый послеродовой психоз—послеродовая депрессия. Каких-либо особенностей в протекании самой беременности обычно не наблюдается, но многие больные с послеродовой депрессией отмечали колебания настроения в предменструальный период. В связи с этим особое значение приобретает изучение состояния женщины не только в период беременности, но и на протяжении всей жизни.

Послеродовые психозы вызваны «синдромом третьего дня», хотя, как известно, психозы начинаются несколько позднее — с 5—6-га дня, а начало депрессивных состояний — с 10—-14-го дня после родов. Как правило, еще в родильном доме отмечаются вялость, плохое самочувствие и бессонница.

Первые проявления депрессии наблюдаются через несколько дней после выписки из родильного дома. Больных беспокоят беспомощность и несобранность, они не могут справиться с обязанностями по уходу за ребенком, испытывают страх за ребенка, опасения за его здоровье, за то, что недостаточно хорошо за ним ухаживают. Чаще наблюдаются чувство вины перед ребенком и идеи самообвинения, враждебность к ребенку бывает при тяжелой депрессии.

По клиническим проявлениям это состояние ближе стоит к эндогенным депрессиям, так как существуют суточные колебания настроения, двигательная и интеллектуальная заторможенность. В начале болезни женщины еще пытаются что-то делать, ухаживать за ребенком, затем бросают все дела и ложатся в постель, не беспокоясь о том, что ребенок не накормлен, плачет, грязный и

мокрый. Иногда заявляют, что ребенок мертвый или тяжелобольной и его необходимо поместить в больницу. В Этом состоянии часто появляются страхи за свое здоровье, жизнь, возникают ипохондрические жалобы, иногда достигающие выраженности бреда.

Послеродовая депрессия может продолжаться до 3—4 мес, после прекращения депрессии еще в течение нескольких месяцев наблюдается выраженная астения с вегетативной и эмоциональной лабильностью.

Приведем пример.

. Больная К., 26 лет[1], преподаватель иностранных языков. Росла и развивалась правильно, окончила успешно 10 классов и институт. Менструация, с 15 лет, замужем с 25 лет. Беременность первая, протекала без патологии. Роды в срок, были разрывы шейки матки, небольшое кровотечение в раннем послеродовом периоде. С первых дней кормления на сосках появились трещины, температура тела повысилась до 37,2° С. В родильном доме очень скучала, тяготилась обстановкой, плохо спала. В связи с затруднениями при кормлении стала беспокоиться о будущем. Выписана на 10-й день после родов, дома не сйала, была тревожна, считала себя тяжелобольной, уверяла, -что не поправится. В 'последующие дни тоска усиливалась, считала, что она в тягость себе и окружающим, появились суицидальные мысли. Однажды взяла бритву и сказала мужу, что покончит с собой. К ребенку была безразлична, безучастна, не подходила к нему. Не спала, несмотря на прием снотворных. В таком состоянии была госпитализирована в психосоматическое отделение больницы имени С. П. Боткина.

Психическое состояние: ориентирована правильно, доступна, даже несколько назойлива со своими жалобами. Тревожна, тосклива, говорит, что ей «плохо и тяжело», убеждена, что никогда не поправится. Во время кормления беспомощна и нетерпелива. Неряшлива, не следит за собой, не умывается и не чистит зубы. Считает себя тяжелобольной, стонет, охает, высказывает беспокойство за ребенка и в то же время равнодушна к нему. Часто говорит о нежелании жить. Временами подозрительна, говорит, что ей дают «не те лекарства». Состояние Тревоги сменилось апатией, целые дни лежала в постели. Затем состояние стало улучшаться, и через 2 мес была выписана. Чувствовала себя удовлетворительно, занималась домашними делами, тепло относилась к близким, настроение было ровное. Через 2 нёд снова нарушился сон, возникло состояние тревоги, ничего не могла делать, слегла в постель. Госпитализирована повторно. Первые дни было прежнее состояние. Говорила о безысходности состояния, жаловалась на тоску, иустоту в голове, высказывала много ипохондрических жалоб, металась по палате. Через 10 дней состояние улучшилось, а еще через 3 дня заявила, что чувствует себя по-настоящему здоровой. Возобновление ясихрза совпало с появлением менструаций.

Не всегда депрессия носит выраженный характер, поэтому некоторые больные оказываются вне поля зрения психиатров. Врач женской консультации должен внимательно относиться к жалобам больной и не переоценивать внешние травмирующие факторы. Необходимо помнить, что первая менструация после родов может сопровождаться значительным изменением настроения, предупреждать больную и близких о такой возможности.

[1] Наблюдение Б. А. Целибеева.

Если психогенные факторы появляются после родов,., то картнка возникающей при этом депрессии отличается от «чистой» реактивной, которая иногда наблюдается в послеродовом периоде как реакция на мертворожденность иди рождение ребенка с уродствами, врожденными,заболеваниями.

В этик случаях больные нуждаются в активной психотерапии к создании у них новой жизненной доминанты, но с учетом возможностей данной женщины,

Маниакальные состояния послеродовых психозов встречаются реже депрессии, они развиваются в первые 3—10 дней после родов. Вначале начинается бессонница, причем больные на это не жалуются, затем возникает повышенная говорливость и приподнятое настроение. Дома маниакальное состояние, как правило, продолжает нарастать. Больные становятся возбужденными, чрезмерно деятельными, во все вмешиваются, бегают по знакомым, легкомысленно относятся к ребенку, начинают много различных дел, но ничего не заканчивают, по ночам спят мало. Это состояние отличается от маниакально-депрессивного психоза тем, что больные более истощаемы, раздражительны, часто жалуются на головные боли. После прекращения маниакального состояния, так же как и после депрессии, наблюдается более или менее продолжительное астеническое состояние, иногда с депрессивным компонентом.

Приведем пример.

Больная П., 23 лет, служащая, развивалась правильно, хорошо училась, по характеру ровная, общительная, несколько тревожная. Замужем с 21 года, беременность первая, очень боялась родов. Роды в срок, легкие, с небольшими разрывами шейки матки. Температура тела субфебрильная, затем нормальная. После родов «испытывала прилив невероятной радости», что все страшное позади, ночью не смогла уснуть, пыталась заговорить с сестрой, вставала. Все последующие дни почти не спала, была весела, говорлива, всем рассказывала о своих невероятно легких родах, писала большие письма родным и всем родственникам, спала плохо, но на плохое самочувствие не жаловалась. Ела недостаточно, много пила. В отделении во все вмешивалась, стремилась помогать обслуживающему персоналу.

Выписана в срок. Дома приподнятое настроение продолжалось. Была необычно говорлива. Часами разговаривала по телефону со своими знакомыми, рассказывала подробно о родах, громко смеялась. Легкомысленно относилась к ребенку, убегала к знакомым, оставляла его на долгое время без присмотра. Такое состояние продолжалось около 3 нед, затем стала раздражительной, обидчивой, плаксивой, жаловалась на плохое самочувствие, головную боль, бессонницу, много времени лежала в постели, утомлялась.

Постепенно состояние улучшилось, поведение стало правильным, не могла о&ъяснить, что с ней происходило.

В данном случае необычное состояние возникло вскоре после родов, но оно не было настолько отчетливым, чтобы сразу привлечь внимание врачей.

Большое значение для выявления гипоманиакального состояния имеют анамнестические сведения, касающиеся преморбидных свойств личности, позволяющие отметить необычность поведения. Раннее выявление указанных расстройств позволяет предотвратить неправильное поведение, которое может быть опасным для ребенка и матери, привести к конфликту с окружающими, близкими, родственниками, обслуживающим персоналом поликлиники.

Послеродовые психозы с состоянием измененного сознания обычно возникают на 3—6-й день после родов. Для психозов характерны полиморфизм расстройств и значительная динамика симптомов болезни. Эта особенность объясняется, в частности, тем, что в настоящее время широкое применение нейролептиков способно быстро изменить картину болезни.

Многие психиатры отмечают, что до введения асептики и антисептики в этиологии послеродовых психозов значительную роль играла инфекция. В настоящее время инфекция чаще бывает не этиологическим фактором, а только видоизменяет картину болезни, вносит остроту, «экзогенность».

Психозы с измененным сознанием (аментивным и аментивно-онейроидным) чаще наблюдаются у больных с тяжелыми соматическими заболеваниями, но полного параллелизма между тяжестью соматических симптомов и психическими нарушениями, как правило, не наблюдается.

Психоз начинается с нарушения сна, затем появляются иллюзорные и галлюцинаторные расстройства и в последующем нарастает состояние возбуждения. Следует помнить, что для этих психозов характерна мерцающая симптоматика, отчетливо выступающая в начале болезни. Поэтому больная, у которой ночью было неправильное поведение, вызванное состоянием измененного сознания, может с полной критикой говорить о своем состоянии как о прошедшем, уверять, что эпизод неправильного поведения явился результатом случайного стечения обстоятельств и она обещает «впредь себя вести правильно». Под влиянием галлюцинаторных переживаний она может совершить неправильные поступки, опасные как для нее, так и для окружающих.

В послеродовом периоде может наступить обострение имевшихся ранее эндогенных психозов (шизофрения и маниакально-депрессивный психоз), а также возникнуть первый приступ болезни. Врачу трудно предсказать возможность возникновения первого приступа эндогенного заболевания после родов даже если у женщины имеется наследственная отягощенность этими заболеваниями.

Акушеры-гинекологи всегда должны помнить, какую

7 № 1724

опасность представляют беременность и роды для женщины, уже перенесшей приступы эндогенных заболеваний. Часто после первого приступа шизофрении или маниакально-депрессивного психоза наступает ремиссия или даже интермиссия (перерыв в болезни) и возникают большие психологические сложности при желании женщины иметь ребенка.

Среди врачей до сих пор еще существует ничем не оправданная точка зрения, что роды способствуют улучшению психического состояния. Между тем часто наступает обострение болезни с появлением выраженной психотической симптоматики с выявлением более грубого дефекта личности. Многие больные шизофренией, несколько лет находящиеся в состоянии ремиссии, успешно справлявшиеся со своими профессиональными обязанностями, после родов продолжительное время лечились в психиатрических больницах, а затем становились инвалидами.

Врач в деликатной форме должен уметь объяснить родственникам больной нецелесообразность беременности и родов, опасность для ее здоровья, а также большую вероятность заболевания будущего ребенка.

Известны случаи, когда гинекологи, не придавая значения перенесенному в прошлом приступу эндогенного заболевания, упорно лечили у женщины бесплодие и добивались наступления беременности. Результаты часто бывали печальными, так как мать после родов оказывалась в психиатрической больнице, а у ребенка уже с раннего возраста обнаруживались явления дезонтогенеза, а затем наступала манифестация шизофренического процесса.

Поучительны в этом отношении следующие примеры.

1. Больная З., научный работник. К 26 годам перенесла три приступа шизофрении, ремиссия хорошая, полностью сохраняется трудоспособность, активность и адаптация в жизни. Длительное время получала поддерживающие дозы нейролептиков. В 32 года вышла замуж, с тех пор обращалась к гинекологам по поводу бесплодия, активно лечилась. Попытки психиатра вмешаться в это лечение, предостеречь от опасности возникновения нового приступа болезни не привели к желаемым результатам. Гинеколог продолжал активное лечение, мотивируя тем, что женщину нельзя лишать счастья материнства и т. п.

В 34 года были благополучные роды, через месяц после родов наступило обострение шизофренического процесса. С тех пор в течение многих лет фактически нетрудоспособна, периодически находится в больнице, дома бездеятельна, беспомощна, к ребенку холодна, к его судьбе безучастна. Муж оставил больную.

У ребенка с раннего возраста выявляются отчетливые признаки дизонтогенеза, дисгармоничность в развитии, физическое развитие, моторика отстают от интеллектуального, имеются стереотипии в речи и движениях, холодность к близким и пассивная подчиняемость.

2. Больная Е., 43 лет, инженер. Заболевание началось с неврозоподобной симптоматики в юношеском возрасте, затем развился любовный бред и бред преследования. Неоднократно уезжала в отдаленные районы

страны, спасаясь от преследований, которые «не давали ей выйти замуж».

Много раз лежала в психиатрической больнице. Последние 12 лет работает, получает поддерживающую терапию нейролептиками, бред активно не высказывает. Вышла замуж 3 года назад, с тех пор постоянно обращается к гинекологу медико-санитарной части предприятия с требованием лечить ее от бесплодия.

Действуя в контакте с психиатром, гинекологу на протяжении нескольких лет удается поддерживать хороший контакт с больной и сохранить ее трудоспособность. Процедуры, назначаемые больной, носят индифферентный характер, а систематические психотерапевтические беседы помогают смириться с бесплодием.

ПСИХОЛОГИЯ ОТНОШЕНИЙ МАТЬ—ДИТЯ—ВРАЧ

Работа с Детьми, уход за ними, больными и здоровыми, правильная оценка их поведения, реакций, поступков, требуют специальных знаний и прежде всего знаний этапов психического и физического развития ребенка.

Психическое развитие ребенка, его личность с раннего возраста до периода зрелости претерпевают разнообразные и нарастающие изменения.

Выделяют три этапа такого развития личности.

Первый этап обозначают как этап формирования основного стереотипа личности, а он отличается вначале более простым (3—5 лет), а затем более совершенным (9—12 лет) процессом выделения себя из окружающей физической и социальной среды.

К концу 3-го года у ребенка уже появляются представления о действительности и о себе, но он еще не выделяет полностью себя из происходящих событий.

В возрасте 3—5 лет ребенок осваивает категории пространства и времени. Это выражается в том, что он начинает пользоваться в речи предлогами, союзами, местоимениями «я» и глаголом в первом лице.

В это время возникают богатые возможности для использования представлений настоящего и некоторых представлений пережитого, сохраняющихся в памяти более длительный срок.

При различных заболеваниях в этом возрасте могут появиться состояния измененного сознания типа делириозных и сумеречных, навязчивые расстройства, главным образом моторные: движения и действия, страхи, лабильность аффектов, патологические варианты игрового перевоплощения, патологические фантазии и рудиментарные галлюцинации.

С 7 лет дети начинают довольно определенно дифференцировать правую и левую стороны тела, причем сначала на себе, а затем на собеседнике. Этот важный этатг в формировании представления о «схеме тела» в развитии самосознания ведет к расширению и углублению преде гав-

ления ребенка о своем «я». Продолжается созревание временных представлений, а это» проявляется в том, что ребенок начинает ориентироваться в днях недели.

Возраст 7—31 лег характер л зуется тем, что ребенок приобретает способность наряду с практическим оперированием непосредственно существующими объектами строить план действия в уме.

Второй этап развития психической деятельности и личности получил название этапа индивидуального стереотипа личности (до 15—16 лет). В это время формирующееся индивидуальное еще в значительной мере эгоцентрично. Для ребенка его индивидуальное в этот период переживается как более актуальное, чем общественное.

В этом возрасте уже возникают условия для широкого использования абстрактных понятий, для построения абстрактных концепций, гипотетических рассуждений и осуществления наблюдения с целью проверки своих гипотез. С этого периода создаются условия для научного мышления. Если ребенок живег настоящим, то взрослый наполовину живет и действует исключительно для будущего.

Третий этап — это формирование социального (общественного) стереотипа личности (16—21 год). Взаимоотношения ребенка с окружающим миром определяются в основном степенью зрелости чувств, отражающих общее отношение его к среде. Формирование высших эмоций (этических, эстетических, интеллектуальных) и самосознания завершается в юношеском возрасте.

Каждый из этапов наряду с генетическими качествами отражает еще и влияние окружающей среды, особенностей воспитания и различных вредных факторов.

Советские психологи указывают на несостоятельность тенденции сводить психическое развитие ребенка к простому накоплению учебных приобретений, отрицать наличие в нем специфических движущих сил и законов.

В действительности развитие характеризуется качественными изменениями личности ребенка в целом, отражающими ее прогрессирующее движение от низших к высшим уровням психической деятельности.

С давних пор известно, что различные болезни (некоторые нейроинфекции, детские инфекционные болезни) могут остановить психическое развитие ребенка.

Астенические симптомы, возникшие в связи с болезнью, вызывают задержку развития, которая в дальнейшем, как правило, компенсируется. В зависимости от выраженности бывшей астении и длительности задержки развития могут проявляться более или менее выраженные черты психического инфантилизма. В формировании указанных черт большую роль играет отношение родителей, которые из-за болезни начинают излишне щадить ребенка,

ставить его в особые условия, выполнять все желания и т. д., т. е. способствовать еще большей задержке развития.

Задержка развития может возникнуть только в результате так называемой педагогической запущенности и при наличии явлений «госпитализма». В этих случаях в результате болезни ребенок лишен возможности получать информацию и накапливать запас знаний, усваивать более сложные формы поведения.

Психическая депривация — это состояние, которое возникает вследствие такой жизненной ситуации, когда субъект не получает на протяжении длительного времени удовлетворения жизненно необходимых психических потребностей.

Экспериментальная депривация может быть у лиц, специально изолированных от внешнего мира. Она возникает при так называемой социальной изоляции («волчьи дети») и если дети воспитывались и вырастали без контакта с людьми или с раннего возраста находились в детском доме, доме ребенка, недельных яслях, в больнице. Такая ситуация приводит к недостаточным эмоциональным контактам, оставляет детей пассивными, не развивает нужных навыков, ловкости, умственных способностей.

Под фрустацией понимают кратковременное состояние замешательства, вызванное собственной несостоятельностью в выполнении задания, упреками окружающих. Фрустация может возникнуть при лишении ранее удовлетворяющихся потребностей.

У детей наиболее четко выражено различное отношение к болезни и к пребыванию в больнице. Это зависит, с одной стороны, от индивидуального опыта ребенка, от условий, в которых он воспитывается, а с другой — от этапа развития психики и степени зрелости его личностных особенностей. У детей в результате того, что самосознание полностью не сформировалось, нет дифференцированного сознания болезни. В младшем возрасте еще не определилось «чувство болезни», в связи с чем жалобы ребенка, как правило, скудны, невротические и психогенные реакции на болезнь встречаются редко.

В пубертатном возрасте значительно повышается готовность к ипохондрическим переживаниям, что, повидимому, обусловливается усилением в этом возрасте интеро- и проприоцептивной импульсации и гормональной перестройкой.

Заболевание ребенка — это всегда трудная ситуация для семьи. Это нарушение установившегося стереотипа отношений в семье, сна и бодрствования ее членов., Реакция ребенка на болезнь во многом зависит от поведе-

ния родителей и тех форм воспитания, которые существуют в семье. Если родители проявляют всегда повышенное беспокойство о здоровье ребенка, со страхом говорят о больнице, то помещение такого ребенка в больницу вызывает у него неизменно чувство страха, особенно если речь идет о ребенке дошкольного возраста. Если позволяет время, то госпитализацию нужно готовить постепенно, ребенку говорят о больнице, о других детях, стараются уменьшить страх перед людьми в белых халатах, перед процедурами. Надо помнить, что для дошкольника большое значение имеет игровая ситуация и помещение в больницу также должно содержать этот игровой компонент.

Часто дети, которые воспитываются в условиях «кумира семьи», в больнице оказываются совершенно беспомощными , так как не имеют навыков самообслуживания и могут подвергаться насмешкам товарищей по палате. Дети же, воспитываемые в условиях гиперопеки, особенно дети младшего школьного возраста, могут проявлять повышенный интерес к своему состоянию здоровья, испытывать в связи с этим страхи или скрывать болезненные проявления во избежание запретов, которые на них обычно налагаются в домашних условиях при любом недомогании.

Поведение родителей при тяжелых и внешне тягостных состояниях часто оказывает неблагоприятное влияние на больных детей. Так, состояние удушья при бронхиальной астме может вызвать у родителей тревогу, которой индуцируется больной.

Вид эпилептического припадка производит тягостное впечатление на взрослых и тем более на детей. Если ребенок видит эти состояния, ему необходимо в доступной форме объяснить причины и необоснованность тревоги.

При помещении в больницу без предварительной подготовки по экстренным показаниям у ребенка может возникнуть патологическая реакция протеста. В это время ребенок кричит, плачет, не отпускает мать, отказывается вступать в контакт с окружающими. Реакция протеста может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней. У некоторых детей она переходит в хорошие отношения с обслуживающим персоналом и товарищами, у других может переходить в состояние отчаяния, ребенок становится плаксивым, плохо ест, не вступает в контакт с окружающими, при посещениях родных у него наблюдается бурная реакция отчаяния с требованиями взять домой или он тихо и монотонно плачет. Маленький ребенок живет минутой, он только в настоящем, прошлое и будущее для него не имеет конкретного значения. Для него важно настоящее отсутствие матери и не имеет значения обещание, что мама придет. Сознательная реак-

ция на присутствие матери у здорового ребенка выявляется уже к концу 1-го года, и с этого времени можно наблюдать и патологические реакции на «отрыв» от матери. Ласковый уход, игрушки, терпеливое обращение, как правило, в большинстве случаев способствуют «привыканию» ребенка к больничной обстановке, переключению его интересов и восстановлению нормального состояния психики и нарушенных функций.

В реакциях на госпитализацию в первую очередь сказываются особенности воспитания ребенка. Иногда эти реакции бывают настолько необычны, что дают основание предполагать патологию психической деятельности (олигофрения, психопатоподобное поведение при органических заболеваниях, шизофрения).

У таких детей в результате патологии психического развития (дизонтогенез) может наблюдаться изменение психической активности, нарушение коммуникативности (межперсональных отношений) и координации психической деятельности. Порой наблюдается чрезмерная привязанность к одному из родственников, чаще к матери или бабушке. Дети не отпускают их ни на шаг, ходят за ними по пятам, короткие отлучки вызывают бурную реакцию плача. Помещение таких детей в детские учреждения или в больницу всегда заканчивается неудачей. В этих случаях необходима консультация психиатра.

В других случаях отмечается холодное, ровное отношение ко всем взрослым, ребенок спокойно, без слез и эмоциональной реакции, идет к близким и незнакомым людям, формально подчиняется режиму, но не вступает в контакт с окружающими. У детей с явлениями дизонтогенеза наблюдается дисгармония в развитии физических и психических функций с некоторым опережением психического развития.

Эти особенности развития ребенка могут не обращать на себя внимания родителей и не' оцениваться ими как патология. Помещение ребенка в общесоматическую больницу обычно выявляет указанные особенности поведения.

Врач должен уметь объяснить родителям, что такое поведение не являеТся результатом чрезмерной любви к матери или дисциплинированности, а проявлением болезни, о лечении которой необходимо посоветоваться со специалистом — детским психиатром.

Педиатры отмечают, что дети, которые воспитываются в детских коллективах (сад — ясли), быстрее адаптируются к изменениям обстановки и лучше переносят болезненные и неприятные манипуляции.

Соматическое заболевание может вызвать у ребенка астенические симптомы: нарушение сна, повышенная утомляемость, слезливость, обидчивость. В зависимости

от тяжести и длительности болезни выраженность астенических симптомов различна. Иногда на фоне астенических проявлении возникают страхи, особенно боязнь темноты, ночное недержание мочи. В ряде случаев отчетливо выступают симптомы, указывающие на задержку развития. У дегей исчезают навыки самообслуживания, нарушается речь, опрятность, з поведении возникают реакции, свойственные детям более раннего возраста (школьницы начинают играть в куклы, говорят о себе в третьем лице и ДР-)-

При острых инфекционных заболеваниях у детей могут наблюдаться делириозные расстройства. Их возникновение возможно уже с 4-, 5-легнего возраста, но в этот период они носят рудиментарный характер. При выраженной интоксикации у ребенка возникает повышенная чувствительность к внешним раздражителям. Дети становятся плаксивыми, испытывают страхи, жалуются, что им неудобно лежать, что их раздражает одежда, что свет слишком яркий, на обоях или на полу им видятся страшные рожи и устрашающие картины с фабулой сказок. У детей сравнительно легко возникает состояние измененного сознания, но чаще всего оно носит транзиторный характер. Делирий может проявляться и в виде стереотипных действий, ребенок неоднократно повторяет фрагменты какой-то игры. При этом наблюдается ложная ориентировка, ребенок утверждает, что он дома или в детском саду, что он играет в лошадки или с любимой куклой, видит их, разговаривает с ними.

У детей при заболевании желудка и желчных путей обычно преобладают неврастеноподобные расстройства (соматогенная психическая астения) (В. П. Белов).

У детей дошкольного возраста расстройства недостаточно дифференцированы, клиническое содержание отличается однообразием, бедностью, значительным участием двигательных и висцерально-вегетативных компонентов, частыми колебаниями настроения от плаксивости, недовольства до расторможенности, дурашливости.

К пубертатному периоду у детей жалобы формируются более четко, появляется чувство и сознание болезни. Постепенно с возрастом соматическое заболевание может сделаться дополнительным психотравмирующим фактором.

При длительном и неблагоприятном течении может наблюдаться неправильное формирование личности, получившее название «аномального развития личности» (невротические и патохарактерологические). При этом у ребенка наблюдаются стойкие астенические расстройства, на фоне которых возникают истероидные или эпилептоидно-истероидные черты характера.

У некоторых детей отмечается аккуратность до педантизма в выполнении лекарственных назначений и условий режима и, по-видимому, это вытекает не из эпилептоидных черт характера, а из возрастных особенностей формирования психики. У подростков бывает период, когда окружающее воспринимается непосредственно, они прямолинейно следуют распоряжениям и догмам. При хронических заболеваниях, когда наступает задержка развития, этот период может несколько затягиваться, принимать более выраженный характер и сделаться одним из проявлений личностных особенностей.

Большие психологические сложности возникают у родителей, когда они узнают о тяжелом, часто неизлечимом хроническом заболевании ребенка. Вначале может возникнуть реакция недоверия и родители начинают консультировать ребенка у различных врачей, надеясь, что диагноз поставлен без достаточных оснований. Это не может не оказывать отрицательного влияния на психическое состояние ребенка, так как результаты консультаций часто обсуждаются в его присутствии.

У родителей, узнавших о тяжелом хроническом заболевании ребенка, иногда возникает чувство вины перед ним. В связи с этим, «чтобы загладить свою вину», к ребенку проявляют чрезмерное внимание, все разрешают, выполняют любые желания.

Дети, длительно болевшие в дошкольном и школьном возрасте, родители которых создавали для них особые условия, в последующем часто обнаруживают склонность к истерическим реакциям, а в структуре личности выявляются черты психического инфантилизма, затрудняющие адаптацию к внешним условиям среды.

Основная задача медицинского персонала, особенно в больницах для детей с хроническими заболеваниями, способствовать эмоциональному развитию ребенка, его зрелости. Часто ребенок, который в домашних условиях не получает необходимого физического воспитания и психического развития, оказавшись в больнице с правильно организованным детским коллективом и целесообразно построенными занятиями, несмотря на болезнь, может продвигаться вперед в своем развитии и в последующие годы не обнаруживать признаков психического инфантилизма.

В детском учреждении врачи и медицинский персонал должны уметь заниматься с детьми, играть с ними. В игре ребенок находит радость и успокоение, в игре проявляются его творческие способности.

В играх для врача открываются возможности изучения личности ребенка, его желаний, потребностей, которые он часто не может высказать врачу. В игре дети могут

выразить свои чувства, связать неприятное положение с приятными ощущениями. Игрой удается отвлечь внимание от неприятных переживаний, выявить из игровой ситуации причины переживаний и успокоить ребенка.

Целесообразно в одну палату помещать детей с одинаковым уровнем развития. Дети, несомненно, беседуют между собой о предстоящих обследованиях, операциях, «оценивают обстановку», помогают друг другу, ухаживая за соседями по палате.

Надо помнить, что дети, даже маленькие, всегда прислушиваются к разговорам врачей и студентов в палате, затем родителям или в играх могут высказать свои сомнения и опасения.

В подростковом возрасте иногда наблюдаются симуляция и аггравация. Дети могут очень искусно симулировать повышение температуры и другие расстройства здоровья. Это делается для того, чтобы привлечь внимание, иногда как протест в результате неприятных переживаний в школе, желание из-за болезни избежать посещения занятий и др.

Дифференциальный диагноз вызывает большие затруднения. Обычно для решения вопроса требуется наблюдение в стационаре.

ПСИХОЛОГИЯ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Необходимо помнить, что вопросы половой жизни, семейных отношений, беременности и материнства тесно связаны с состоянием половых органов женщины. Часто женщина предъявляет конкретные соматические жалобы, а при беседе, когда проникается к врачу доверием, сообщает о сложных психологических коллизиях, которые не могут быть разрешены без достаточно полного изучения личности больной и ее микросоциальной среды.

Гинеколог должен знать, что больная всегда испытывает чувство стыдливости перед гинекологическим обследованием. Это может создать некоторые затруднения в беседе, особенно у тормозимых личностей, охваченных страхом перед каким-то заболеванием. Ожидание для них мучительно, они могут даже невнимательно слушать врача, занятые своими опасениями.

Обследование истерических личностей врач-гинеколог должен проводить в присутствии медицинской сестры кабинета, так как хорошо известны случаи, когда эти больные обвиняли врачей в различных неблаговидных поступках.

Чаще всего к гинекологу обращаются женщины с нарушениями менструального цикла. В предменструаль-

ный период некоторые жалуются на повышенную раздражительность, обидчивость, плаксивость, слабость, утомляемость, тянущие боли в животе, пояснице, плохое самочувствие. Иногда у женщин возникают подавленное настроение, напряженность, беспокойство. Указанные расстройства послужили основанием для выделения так называемого предменструального синдрома [Франк, 1931].

В этом периоде наблюдаются сужение поля зрения, нарушения зрения, головокружение, усиление аппетита. Аффективная насыщенность, с которой больные говорят об этом, может приводить к ошибочной оценке этих расстройств как истерических. Хорошо известно, что у больных с неврозами в предменструальный период обостряются неприятные ощущения и другие симптомы. В этом периоде чаще бывают приступы мигрени и другие пароксизмы. Эпилептические и эпилептиформные припадки учащаются в предменструальный период, в это же время наблюдается обострение симптоматики при шизофрении.

Аменорея, отсутствие менструаций, возможно от самых различных причин, но большинство женщин при исчезновении менструаций думают о беременности. Часто желание или нежелание беременности связано со многими психологически сложными вопросами, о которых женщина должна решиться рассказать врачу. Внебрачная беременность, беременность от нелюбимого мужа или у замужней женщины беременность от другого любимого человека, с которым нельзя в силу каких-либо обстоятельств связать жизнь, вызывает психологически сложные коллизии, которые тесно переплетаются с личностными особенностями женщины. Приходя к врачу, она ищет у него поддержки в решении вопросов, связанных с моралью, социальным положением и этическими принципами.

При аменорее врач должен собрать подробный анамнез, уделить внимание различным событиям, которые происходили и происходят в жизни женщины. Известны случаи, когда под влиянием тяжелых психических травм менструации исчезали на несколько месяцев. Причиной аменореи могут быть тяжелые переживания, связанные со смертью близких, ситуации сильного эмоционального напряжения, переутомление и недоедание.

Аменорея наблюдается при циркулярной депрессии, приступообразной шизофрении, длительном применении нейролептиков.

У эмоционально-лабильных и внушаемых личностей в подростковом возрасте известны случаи аменореи в период пребывания в интернатах и лагерях, где молодые девушки стесняются менструаций. У лиц с повышеной

внушаемостью аменорея может появиться при большом желании забеременеть.

При жалобах на нерегулярные и внезапно возникающие обильные менструации следует обратить внимание на особенности личности больной, ее семейные взаимоотношения, конфликтные отношения с мужем или другими членами семьи. Часто в подобных ситуациях внезапное появление менструаций может избавить женщину от нежелательных для нее взаимоотношений с мужем. Внезапное появление менструаций может быть как бы «защитной реакцией» от «устрашающего» обследования или операции.

Регулярные нормальные менструации в психологии большинства женщин связываются с представлением о своей полноценности, т. е. с возможностью материнства. В связи с этим первая менструация в жизни девочки имеет большое значение. Девочка должна быть к ней подготовлена не только в гигиеническом, но и в психологическом отношении. Первая менструация не должна вызывать страх, тревогу, беспокойство, стыд. Девочке нужно усвоить, что менструация — это физиологическое явление, не требующее соблюдения каких-то особых условий (постельный режим, особая диета и др.), необходимы только некоторые ограничения.

Для подростков характерна повышенная внушаемость, и при наличии болей или других жалоб врач должен проанализировать, не внушены ли эти жалобы взрослыми или они результат подражания матери, старшей сестре, подруге и др.

В пубертатном периоде у девушек могут появляться повышенная возбудимость, колебания настроения, слезливость, чрезмерная реакция на внешние раздражители, неприятные ощущения в различных частях тела, чаще в области сердца, тревожные опасения, нарушения сна. Эти расстройства обычно смягчаются или пропадают после психотерапевтических бесед и легких успокаивающих средств. Такие состояния предшествуют наступлению менструаций.

Не меньшее, а возможно, большее значение имеет психологическая подготовка женщины к климактерическому периоду. Для многих женщин климакс представляет собой угрозу женственности, женской привлекательности, возможности быть женой, женщиной. Многие испытывают страх, что муж, узнав о прекращении менструаций, потеряет к ней интерес, да и они сами перестанут его устраивать. Эти опасения часто вызывают изменение настроения, повышенную раздражительность, утомляемость, плохой сон.

Часто женщина при нарушении менструального цикла

обращается к врачу в надежде не услышать «страшный приговор», что ее женская функция подходит к концу, «она становится старухой». Это наблюдается чаще всего у женщин, которые привыкли пользоваться повышенным вниманием мужчин, в связи с чем сообщение врача о начавшемся климаксе воспринимается ими как крушение всей «карьеры». В этих случаях не исключены ятрогенные заболевания или внушенные врачом симптомы климакса. При расспросе о «приливах» и других вегетативных расстройствах можно внушить их и фиксировать на подобных ощущениях внимание женщины.

За соматическими жалобами климактерического характера порой скрываются расстройства нервной системы и психики. При депрессиях циркулярного характера могут наблюдаться изменения менструального цикла и полное прекращение менструаций на период болезни.

Если при изучении особенностей состояния больной выявляются суточные колебания настроения, подавленность и заторможенность, замедление мыслительных процессов, ранние пробуждения и другие вегетативные расстройства (повышение артериального давления, запоры, тахикардия, сухость в полости рта и тому подобные симптомы), то они должны направить внимание врача на изучение психического состояния. Часто о циркулярной депрессии пишут, что она появляется без причин. В данном случае необходимо провести анализ состояния с тем, чтобы установить, что возникло первично — расстройство настроения или нарушение менструации. Сама больная и врачи обычно склонны плохое настроение объяснить соматическими причинами, что не всегда соответствует действительности.

Некоторые авторы выделяют климактерический невроз, для которого характерны такие общеневротические симптомы, как головные боли, тяжесть и распирание в голове, расстройство сна, угнетенное настроение, слезливость, беспокойства («не находит себе места»), повышенная раздражительность («все раздражает»), окружающее становится в тягость. Легко возникают конфликты дома и на работе, резко снижается трудоспособность.

В климактерическом возрасте могут прекратиться менструации после тяжелых переживаний, длительного эмоционального напряжения, потери близкого человека, после тяжелых соматических заболеваний, при лечении эндокринными препаратами или нейролептиками. В связи с этим ставить диагноз климакса и объявлять об этом женщине необходимо с большой осторожностью.

В возрасте обратного развития, при дисфункции яичников, могут возникать меноррагии и метроррагии, которые часто наводят на мысль о раке. Многие женщины,

испытывая чувство страха, отказываются от посещения врача, другие обращаются от одного врача к другому, ищут успокоения и избавления от страха.

Обильные повторные кровотечения, особенно не связанные с менструальным циклом, несомненно вызывают у врача подозрения о новообразовании, но психика больной должна быть подготовлена соответствующим образом к направлению на консультацию к онкологу.

Даже в бесспорных случаях больная должна понять, что еще не все потеряно, что возможны успешная операция и благоприятный исход.

При метроррагиях больная должна получить исчерпывающее объяснение от врача о причинах кровотечений, значении диагностического выскабливания, необходимости повторных обследований. Не нужно запугивать больную: «Если не согласитесь на выскабливание, пеняйте на себя», и т. д., часто подобные заявления врача укрепляют мысль больной в том, что у нее рак. Так же нельзя безразлично и легко относиться к жалобам больной, заявлять ей, что у врача ей делать нечего, что она только отнимает время. У тревожных и мнительных личностей может возникнуть мысль о безнадежности состояния. Объяснение должно быть сделано в доступной форме, понятной для больной. Каждое непонятное, недоступное слово будет восприниматься как стремление «скрыть правду».

В этом периоде у некоторых женщин могут возникать навязчивые страхи (канцерофобия, реже — сифилофобия), в формировании которых, с одной стороны, играют особенности личности и с другой — изменение соматического состояния в связи с длительными кровотечениями и ятрогении. В каждом случае роль указанных факторов различна.

Приведем пример.

Больная Т., 48 лет, домашняя хозяйка, несколько лет наблюдается дисфункция яичников. Менструации нерегулярны, то скудны, то обильны.

Каждое возникновение менструаций вызывает чувство страха, «не рак ли у нее». Нарушается сон, мысли прикованы только к этому страху, в голову приходит все слышанное ранее о раке. Боится произнести это слово. Вначале посещение врача приносило облегчение до следующей менструации, затем одного посещения стало недостаточно, она должна была проконсультироваться у нескольких врачей. Во время обследования внимательно следила за выражением лица, придавала значение мимике, жестам.

Состояние особенно ухудшилось, когда во время одного из посещений ее участковый врач случайно принимал больных в кабинете онколога. Не могла выйти из кабинета, приставала к врачу с одним и тем же вопросом, «почему в этом кабинете», не слушала объяснений. Врач, не выдержав ее вопросов, сказал, что она только отнимает время. Поняла, что она обречена, что с ней все кончено, у нее рак, рак неоперабельный.

Дома не спала, металась по квартире, плакала, в таком состоянии была направлена к психиатру.

После психотерапевтических бесед, приема транквилизаторов и повторной консультации гинеколога наступило улучшение.

Подготовка больной к гинекологической операции связана с различными проблемами. Кроме страха, который испытывает любой больной перед хирургическим вмешательством, перед женщиной стоит еще много вопросов: как отразится операция на ее половой жизни, будет ли она полноценной женщиной, как сообщить об этом мужу, каким образом это им будет воспринято, не изменится ли внешность больной и др. Эти вопросы необходимо обсуждать в особой обстановке, в отдельном кабинете, так как в палате в присутствии больных не каждая женщина решится их задать врачу. Большое значение имеют и вопросы дальнейшей трудоспособности, положения в обществе.

Послеоперационные психические расстройства встречаются сравнительно редко. Если возникают психозы, то они отличаются большой частотой делириозных состояний и галлюцинаторно-бредовых синдромов. Большое значение в генезе послеоперационных психозов имеют ситуационные моменты. В предупреждении послеоперационных психозов лграют роль психотерапевтические беседы и назначение транквилизаторов в предоперационном периоде и нейролептиков при наличии тревоги и страхов перед операцией.

В литературе существуют различные точки зрения на психические нарушения, возникающие в связи с искусственным абортом. Психозы встречаются редко и, как правило, связаны с септическим состоянием после криминального аборта или являются результатом провоцирования, обострения существующего шизофренического процесса.

Искусственный аборт может вызывать невротические симптомы, но в возникновении их большее место занимают реактивные моменты, чем соматическая астенизация. В высказываниях таких больных часто звучат потеря надежды на материнство, чувство вины, угрызения совести.

Причиной самопроизвольных абортов могут быть тяжелые психические переживания. Депрессивные переживания и чувство невозвратимой потери наблюдаются у женщин с привычным выкидышем, в тех случаях, когда с каждым разом остается все меньше и меньше надежды выносить ребенка.

В последние годы за рубежом широко пользуются гормональными методами предупреждения беременности. Эти препараты обладают способностью подавлять овуляцию.

Существуют различные взгляды на длительность приема и безопасность гормональных препаратов. Некоторые склонны сравнивать клинические проявления так называемого предменструального периода с состоянием, которое возникает при длительном пероральном применении противозачаточных средств. У некоторых появлялись сонливость, вялость, головные боли, иногда раздражительность, похудание, подавленное состояние, тошнота, головокружение, повышалось артериальное давление, наступала «потеря сексуального чувства». Возникшие вегетативные и соматические проявления необходимо отличать от внушенной беременности, при которой психотерапевтическая беседа дает хорошие результаты. В иных случаях рекомендуется немедленное прекращение приема противозачаточных препаратов.

Глава X

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ХИРУРГИИ

ПСИХОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Завет Сократа: «Нельзя лечить тело, не леча душу»,— в самой большой степени относится к хирургии. Блестяще технически выполненная операция может не принести больному облегчения и выздоровления, если при этом жестоко ранена психика больного.

В связи с этим для полноценной хирургической работы недостаточно иметь соответствующие научные знания, специальное оснащение и хорошо владеть хирургической техникой, необходимо еще соблюдать ряд принципиальных установок и правил поведения, без которых выступают мрачные, устрашающие стороны работы хирурга и снижают ее эффект. Это обусловлено тем, что хирургические способы лечения в отличие от внутренней медицины наносят больному не только физическую, но и психическую травму. Хирург вынужден всегда учитывать значение психогенных факторов в исходе лечения.

Н. П. Петров пишет, что хирургия по самой природе своей почти всегда порождает у пациентов, кроме местной болевой реакции, такую сложную совокупность разнообразных душевных явлений (беспокойство или твердость духа, доверие или недоверие, терпение или нетерпение, благодарность или озлобленность), что хирург, казалось бы, никак не может забывать о тех вполне реальных связях, которые существуют между внутренним миром, настроением, психикой человека и протекающими в его организме соматическими процессами.

Психика больного травмируется на всех этапах хирургического лечения — от поликлиники, где он впервые встречается с хирургом, до операционной, где подвергается хирургическому вмешательству, и до палаты, где контактирует с другими больными.

В поликлиниках, чтобы получить согласие больного на операцию, иногда сообщают диагноз, например, рак. Больной, который пришел к врачу в относительно благополучном соматическом состоянии, способный работать и радоваться жизни, уходит потрясенный, лишенный сна и аппетита, утративший трудоспособность, часто до конца дней своих.

Врач должен думать о том впечатлении, какое произведет его сообщение. Даже такой диагноз, как рак, можно сообщить больному в виде предположения, когда необходимо получить согласие на операцию или на другое неотложное лечение.

Целесообразно говорить об «опухоли», язве, указывать на необходимость лечения.

При неизлечимой болезни также не следует говорить о диагнозе, а назначать на длительный срок симптоматическое лечение.

Во время пребывания в хирургическом отделении на психику больного влияют обходы врачей с обсуждением в его присутствии результатов диагностического исследования, разборы со студентами, беседы с обслуживающим персоналом. Врач всегда обязан понимать, что любой больной, даже внешне безразличный к своему состоянию, переживает чувство тревоги и беспокойства за здоровье и в связи с этим он прислушивается к словам врачей, студентов, обслуживающего персонала и больных, по-своему оценивает высказанное, анализирует услышанное. Врач должен терпеливо выслушать больного, объяснить ему в доступной форме его состояние.

Обслуживающий персонал не должен сообщать больным об операциях, трагических исходах, так как услышанное от них может явиться тяжелой психической травмой для больного, изменить его психическое состояние, нарушить ход обследования и лечения.

М. В. Виноградов (1972 г.) выделяет несколько вариантов отношения больных к предстоящей операции: 1) переоценка значимости операционного риска: снижение настроения, тревога, страх смертельного исхода, опасение присоединения послеоперационных осложнений и излишняя фиксация внимания на соматических ощущениях или чувство обреченности, пассивного ожидания плохого или смертельного исхода; 2) недоверчивость к врачам, диагнозу, хирургическому вмешательству, с пониженным настроением и злобностью; 3) умышленное отрицание, скрыва-

ние симптомов болезни с целью избежать операции. В беседах следует учитывать эти особенности реагирования больных, не допускать панибратства и фамильярности в разговоре с ними.

Совершенно необходимы для формирования правильного отношения больного к операции посещения хирурга накануне и в день операции, до и после нее: до операции, чтобы убедиться, что подготовка идет по плану, чтобы убедить и успокоить больного в необходимости вмешательства, ободрить его. После операции — чтобы сообщить результаты операции в наиболее благоприятном свете, а самое главное, чтобы больной чувствовал, что он остается в центре внимания врачей.

Нарушение психической деятельности, достигающее выраженности психоза в послеоперационном периоде, встречается сравнительно редко, в основном после глазных операций. При них развиваются делириозные состояния с наплывом зрительных галлюцинаций. Чаще психотическое состояние возникает у больных пожилого возраста с явлениями атеросклероза.

В настоящее время в связи с развитием сердечной хирургии могут наблюдаться психозы после операции по поводу приобретенных пороков сердца (В. В. Ковалев, Б. А. Целибеев). Психотическая симптоматика в этих случаях появляется через 10 — 20 дней после операции. Считают, что генез этих расстройств сложный, наряду с операцией и реактивными моментами имеет значение обострение ревматического процесса.

Больные становятся тревожными, растерянными, то подавленными, то несколько оглушенными, не сразу отвечают на вопросы, иногда делаются подозрительно напряженными, сообщают, что к ним плохо относятся, собираются причинить вред. Иногда по бредовым соображениям отказываются от еды. Врач должен уметь расспросить такого больного, выяснить причины отказа от еды. В этом состоянии больные могут испытывать слуховые галлюцинации. Так, больной сообщает врачу, что он слышал, как соседи по палате говорили о нем, обсуждали исход операции, жалели или осуждали, в коридоре медицинская сестра говорила о нем, ругала его. Галлюцинации истинные, больные убеждены, что действительно слышали, что о них говорили, усиливаются они к вечеру и ночи. Сон, как правило, нарушен, сновидения устрашающие. Постепенно эти явления смягчаются.

После выхода из психоза, как правило, наступает состояние выраженной астении, а в ряде случаев легкие проявления нсихоорганического синдрома. Больные в этом периоде обычно становятся раздражительными, обидчивыми, плаксивыми, у них ухудшается аппетит,

сон, появляются тревожные сновидения, иногда депрессия.

После тяжелых операций чаще, чем психотические расстройства, наблюдается изменение психической деятельности, которое выражается в замедлении реакции на окружающие события, эмоциональной неустойчивости, обеднении психической деятельности, ограничении круга интересов. Иногда состояние достигает выраженной оглушенности. Такие больные не сразу отвечают на вопросы, ответы их односложны, они выглядят безразличными, «отрешенными». Ответы их формально правильны. Больные, как правило, не подъявляют жалоб или однообразно жалуются на боли, без эмоциональной окраски и достаточной оценки своего состояния.

Считают, что вероятность появления психозов возрастает с тяжестью операции. В возникновении психотических нарушений большую роль играет болевой синдром. В связи с этим в профилактике психозов имеют значение правильный выбор обезболивания и проведения психотерапевтических бесед перед операцией. На боль в генезе психозов после операций указывал еще С. С. Корсаков. Он писал, что психозы чаще возникают после болезненных операций и у лиц впечатлительных и нервных.

Наиболее часто в послеоперационном периоде развивается делириозный синдром (3—4-й день после операции).

Хотя возникновение психоза кажется неожиданным, всегда существуют предвестники. Как правило, ему предшествуют нарушение сна, тревожное беспокойство, страх, которые больные испытывают перед операцией, недостаточная психотерапевтическая работа с больным до и после операции.

Больной, которому врач не объяснил необходимость операции, не сообщил о ее результатах, теряется в догадках, пытается объяснить себе поведение врача и всегда приходит к неблагоприятному для себя выводу: «врачу нечем утешить меня», «обнаружили страшное, неизлечимое заболевание». Эти мысли способствуют бессоннице, так же как необычность обстановки, боли в связи с операцией, вынужденное положение тела.

Психология урологических больных. Психологическая реакция на урологическое заболевание зависит от способности человека сохранять половую деятельность и функцию мочеиспускания, в связи с этим осмотр, обследование и беседа требуют особого такта и внимания.

Сложные и часто болезненные лечебно-диагностические манипуляции вызывают у многих больных чувство страха и проведение их требует специальной подготовки. Больной должен знать, что предстоящая процедура предпринимается только с одной целью: спо-

собствовать уточнению некоторых деталей диагноза и наиболее эффективному лечению.

При хроническом течении урологического заболевания меняются психологические реакции. Больные уже не испытывают неудобство, стыд и смущение при обследовании. В этом периоде их волнуют результаты лечения и данные обследования. У некоторых лиц отмечают гипернозогнозические реакции. Они с тревогой ждут обследования, прислушиваются к словам врача и медицинских сестер, внимательно смотрят на лица студентов, стараются по их мимике уловить результаты обследования, по-своему трактуют услышанные слова и отдельные замечания, так как заранее предполагают неблагоприятный исход болезни. После обследования, если не проведена специальная психотерапевтическая беседа успокаивающего и разъясняющего характера, у больных могут появиться нарушения сна, депрессивное состояние, отказ от еды и лечения и т. п.

К урологам часто обращаются больные с сексопатологией. Расстройства половой функции встречаются при различных органических заболеваниях, но около 80% этих нарушений обусловлено функциональной патологией.

Нарушения половой функции для многих больных являются источником тяжелых переживаний, которые связаны как с семейными отношениями, так и с неадекватной оценкой своих жизненных перспектив. Они обычно фиксированы на своей патологии, у них суживается круг интересов, снижается социальная активность, продуктивность в работе, развиваются тяжелые депрессивные состояния.

Наиболее часто наблюдаются различные варианты импотенции, фригидность, вагинизм. Больные с нарушениями половой деятельности должны быть направлены к сексопатологу.

Синдром «Мюнхаузена»

В хирургической практике встречаются лица, которые большую часть своей жизни стремятся проводить в больницах, поступая с различными вымышленными заболеваниями, и добиваются проведения операций или сложных обследований. Эти больные госпитализируются бесчисленное количество раз, часто под вымышленными фамилиями. Кроме симуляции хирургических заболеваний, они пытаются заглатывать металлические предметы (ложки, шпингалеты, гвозди и др.).

Весьма характерная для этих больных лживость дала основание Ашеру (1951) выделить особый синдром, который был назван именем барона Мюнхаузена.

Ашер описал три варианта синдрома «Мюнхаузена»: 1) острый абдоминальный, который обычно приводит к лапаротомии, 2) геморрагический вариант — симуляция кровотечений, 3) неврологический — симуляция припадков и обмороков. Чампен выделил еще кожный вариант, при котором больные вызывают или искусственно поддерживают кожные заболевания.

Иностранные авторы рассматривают поступление этих больных в больницу как «желание получить уход и ночлег». Но не всегда больные нуждаются в ночлеге. В отличие от лиц, страдающих ипохондрическими расстройствами, у них нет беспокойства за свое здоровье, они сознательно идут на обман и операцию. Безразличными к здоровью они остаются и в последующем, не соблюдают режим, рано выписываются с тем, чтобы снова поступить в другую больницу. Они охотно принимают лекарства, но истинной наркомании обычно не наблюдается. Все поведение их определяется стремлением вызвать к себе интерес.

По мнению большинства авторов, у этих больных имеется общий (психический и физический) инфантилизм, чаще всего речь идет об истероидных психопатах, но иногда среди этих больных встречаются больные шизофренией и с легкой степенью олигофрении.

Психология больного с ожоговой болезнью

Ожоговая болезнь выделяется обычно хирургами в особое заболевание, так как отличается тяжелой интоксикацией и выраженным болевым синдромом, наклонностью к развитию обширных гнойных процессов и затяжному течению.

Д. Д. Федотов, И. В. Борисов в течении ожоговой болезни выделяют три этапа. В момент получения ожога наблюдается реакция страха, отчаяния и тревоги за свою жизнь (первый этап). Второй этап характеризуется развитием признаков ожоговой болезни. В это время может наблюдаться как адекватная оценка состояния, так его переоценка или недооценка. Третий этап — выздоровление. Больной остро переживает возникшие дефекты, обезображивающие рубцы, снижение трудоспособности, постожоговую астению.

При обширных глубоких поражениях кожи, при развитии ожогового шока у многих больных в первые часы развивается состоятие двигательного и речевого возбуждения, иногда на фоне эйфории или легкой оглушенности.

При еще более тяжелых ожогах, сопровождающихся тотальным омертвением кожи, больные, наоборот, чаще вялы, апатичны, и только после выхода из шока у них может возникнуть состояние возбуждения (Б. А. Целибе-

ев). При углублении шока нарастает общая заторможенность и оглушенность. Больные, как правило, лежат спокойно, с закрытыми глазами, на вопросы отвечают при настойчивых просьбах правильно, односложно, ни к чему интереса не проявляют, спят мало и только после обезболивающих средств, но на бессонницу и боли не жалуются.

Наиболее богат психическими расстройствами период ожоговой инфекции, который обычно продолжается 1 — 1'/г мес. Для этого периода характерны повышение температуры тела, бактериемия, прогрессирующая анемия и другие соматические расстройства.

Выраженность психических нарушений зависит от тяжести поражения. В клинической картине преобладают синдромы измененного сознания, делириозные, делириозно-аментивные и состояние оглушенности.

В начале указанного периода отмечаются общесоматические расстройства: тошнота, отсутствие аппетита, жажда, общая слабость, боли, расстройства сна, сон — поверхностный. Больные часто просыпаются, находятся в дремотном состоянии, во время бодрствования вялы, ко всему безучастны.

В последующие дни больные отмечают гипнагогические переживания, содержание их, как правило, элементарное, но иногда они усложняются и принимают сценический и панорамный характер. Делириозные состояния длятся недолго, но опасны тем, что больные могут вскакивать, срывать повязки и тем самым причинять себе вред.

Иногда картина делирия может сопровождаться переживаниями, напоминающими онейроид, когда перед больными калейдоскопически проходят сложные красочные и фантастические сцены и события, в которых они сами принимают участие, хотя внешне остаются спокойными. При наиболее тяжелых ожогах и массивных осложнениях наблюдаются делириозно-аментивные расстройства сознания.

В третьем периоде — периоде истощения психотические нарушения встречаются редко, но ведущим становится общая астения и эмоциональная лабильность, выраженность которых бывает различной. У некоторых больных преобладают эмоциональная лабильность, несдержанность, обидчивость, плаксивость, капризность, они не выносят боль, требуют обезболивающих средств, ссорятся и вступают в конфликт с обслуживающим персоналом, окружающими. Большую роль в психических нарушениях у таких больных играют психогенные моменты, реакция на изменившуюся внешность, угроза наступления инвалидности. В этом периоде большое значение имеют психотерапевтические беседы, переключение интересов на новые

жизненные задачи; целесообразно назначение транквилизаторов.

У больных другой группы наблюдается ослабление всех проявлений психической деятельности и в основном ослабление памяти, но и у них выражено изменение реакции на боль, они испытывают страх перед перевязками, плачут в ожидании их, умоляют не делать уколов. При незначительном интеллектуальном и эмоциональном напряжении больные испытывают усталость, у них появляются головные боли, головокружение, нарушается аппетит. Настроение обычно бывает плаксиво-подавленным. Характерна меньшая видимая реакция на наступление инвалидности и обезображивающие рубцы, часто больные просят оставить их в покое, дать отдохнуть.

После приемов седативных средств они много лежат, находятся в дремотном состоянии. Психотерапевтические беседы с такими больными не должны быть сложными и длительными, в конкретной понятной форме нужно ставить цели и задачи самого ближайшего будущего (пластическая операция, отдых, пребывание дома и др.).

ПСИХОЛОГИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

В работе врачей эпохи Возрождения уже имеются упоминания о выражении лица больных раком, окраске кожи, об общем тоскливом фоне настроения, бессоннице и о том, что эти больные не верят в роковой исход болезни. Часто в тот период утверждалось, что опухоли внутри живота и груди возникают после огорчений и неприятностей, а также под влиянием греховных дел. Опухоль считалась воздействием колдовства или козней дьявола.

В дальнейшем высказывались различные точки зрения на происхождение психических изменений у онкологических больных. Одни связывали их с непосредственным воздействием болезни на головной мозг, другие — с локализацией новообразования: при локализации опухоли в желудке наблюдается тоскливость, при поражении печени — делирий и т. д.

Психика больного раком в период развития болезни во многом аналогична психике больного, страдающего любым тяжелым соматическим заболеванием. Для начального периода характерны определенные особенности психики, связанные с болезненным процессом. Во время установления диагноза психические расстройства исчерпываются психогенными проявлениями. И вначале это, как правило, страх перед диагнозом.

В комплексе лечения больного раком слово врача и его отношение к больному — наиболее существенные моменты в проведении успешной терапии. Всем своим поведением

врач обязан олицетворять надежду и уверенность в благоприятном исходе. Особого внимания требуют больные в поздних стадиях болезни. Врач обязан облегчить их страдания, не только физически, но и морально, что часто бывает труднее, чем сохранить жизнь больному.

С первых же встреч с больным врач должен внимательно относиться к психическому состоянию больного, изучать его личностные обязанности, окружение, возможные контакты с близкими, чтобы психотерапевтически через них воздействовать на больного.

Многие считают, что далеко не всегда об истинном характере заболевания необходимо сообщать близким. В большинстве случаев это только увеличивает психическую травму больного. Часто излишней внимательностью и жалостливостью близкие только ухудшают психическое состояние больного и укрепляют его уверенность в неизбежном роковом исходе. В беседах с родными всегда надо оставлять им какую-то надежду на лучший исход, так как эти сведения прямо или косвенно дойдут до больного и будут способствовать облегчению его психического состояния. Врач в онкологическом стационаре должен избегать упоминания о смерти, стараться не произносить это слово, даже если в беседе оно никак не связано с заболеванием. Больные сами стараются не произносить подобных слов, как бы защищая себя от таких неприятных ассоциаций.

При выборе терапии и обследования необходимо стремиться к наименее болезненной, простой и неутомительной манипуляции. Всегда следует думать о конечном результате обследования и, исходя из этого, назначать ту или иную процедуру.

Б. Е. Петерсон выделяет четыре периода в психическом состоянии онкологического больного: предмедицинский, амбулаторный, стационарный и период диспансерного наблюдения.

Вначале больной раком старается не придавать своей болезни значения, он не обращает на нее внимания, «бежит» от нее. При раке, в его начальных стадиях, нет больных, аггравирующих свое состояние, или больных с ипохондрической фиксацией на болезненных ощущениях. Никто из них не бравирует болезнью, но и не считает болезнь позором. В этом периоде (до окончательного установления диагноза) суицидальные попытки редки. Пониженное настроение не достигает выраженной степени депрессии, но ощущение полноты жизни утрачивается. Успехи на работе, приятные жизненные события не вызывают прежней радости. Внимание приковано к подозрениям болезни. Все окружающее и собственное ощущение оценивается исходя из этого подозрения. Появляется некоторая отгороженность от окружающих. Больной ста-

новится более подверженным внушениям со стороны окружающих. В его сознании стойко фиксируются различные сообщения о болезни, оценка симптомов и проявлений. В этот период обостряются и особенности личности. Так, при наличии психастенических черт могут наблюдаться метания больного от одного врача к другому, то отчаяние, то надежда. Предается пассивно судьбе мечтатель, замыкается и молчит волевой, «вытесняет», игнорирует опасность истерик.

Начальный период, во время которого изменения психики выражены неотчетливо, сменяется «диагностическим», когда больной так или иначе узнает о своем заболевании.

В картине психических нарушений ведущей становится аффективность. Этот период продолжается несколько недель, а затем выраженность аффективных переживаний сглаживается, больной приспосабливается к новой ситуации.

В диагностический период психогенная реакция редко достигает по выраженности психотической. Эта реакция может выражаться в патологическом спокойствии, пассивности, фантазировании, визуализации своих навязчивых мыслей и опасений, замене и даже как бы анализировании угрожающих представлений.

Но с этого времени начинается борьба активной человеческой личности с надвигающейся грозной опасностью. На эту борьбу мобилизуются инстинктивные силы, аффективность, перестраивается интеллектуальная работа, меняется отношение к внешнему и внутреннему миру.

В «развернутой» фазе заболевания у больных имеются серьезные поражения и нарушения функции внутренних органов. От больных в конечной стадии они отличаются тем, что у них еще сохраняется способность поддерживать необходимый баланс обмена, признаваемая врачами возможность поправки и отсутствие заметных признаков безнадежности.

Некоторым произведена операция, другие готовятся к ней, получают специальное лечение (лучевая, химиотерапия), т. е. в этой фазе — это больные онкологических стационаров. Фон переживаний астенически-тоскливый, наблюдается некоторая заторможенность. Такие больные не выносят даже слабую боль, не переносят уколов, вливаний. Речь, внешний вид, позы, лицо больного становятся монотонными и однообразными.

Некоторые авторы (К. А. Скворцов, В. А. Ромасенко) отмечают онирические состояния: больные, лежа в постели с закрытыми глазами, видят перед собой движущиеся образы, сцены. Ориентировка при этом сохранена — это своеобразное пассивное созерцание наяву. Иногда бывают

элементарные галлюцинации, фигуры людей, закутанные в покрывала, шорохи, бормотания, журчание, запахи сырости, листьев в лесу. Появляются тревожность и подозрительность: их неправильно лечат, путают лекарства, дают вредные вещества, проводят эксперименты, соседи говорят что-то недоброжелательное, намекают, показывают глазами. Это выявляется при тщательном расспросе и носит характер бредоподобных сомнений.

При длительном течении болезни иногда улавливается связь психических расстройств с определенной локализацией болезненного процесса. Так, при раке легкого, после длительного периода без видимых расстройств, появляется чувство страха, тревоги и вместе с тем вялости. Больные раком более унылы, чем больные туберкулезом. Они лежат, как правило, молча, устремив взгляд в пространство. В более поздние периоды на больном лежит печать отрешенности, но обычно в глубине души такой больной полон надежд на выздоровление. Поэтому надо вести беседу таким образом, чтобы не нанести больному очередную психическую травму, всеми силами стремиться поддерживать в нем эту надежду.

Период полного развития болезни характеризуется наличием соматогенных изменений психики. На первое место выступает астено-депрессивный фон переживаний. Активные силы личности используются для осуществления истинного или символического выхода из болезни. Суицидальные попытки, как правило, не встречаются.

Раковые психозы наблюдаются в виде оиирического делирия, депрессий, параноидных вспышек. Часто имеются бредоподобные сомнения, иллюзии, гипнагогические галлюцинации, тревожно-депрессивная сосредоточенность, падение высших волевых функций.

Внутренний мир больного характеризуется блеклыми красками. Меняется восприятие времени, оно идет быстрее.

Личность больного в терминальной стадии остается сохранной, но интеллектуальная напряженность и целеустремленность падают. Речь меняется в связи с истощаемостью. Аффекты слабеют. Содержание психического мира редуцируется, критика слабеет, нарастает внутренняя изоляция. Предсмертный период у ряда больных лишен переживания страха смерти. Представление гибели подвергается так называемому вытеснению, «отчуждается собственная болезнь».

Канцерофобия

Канцерофобией называют навязчивый страх перед раком или мнимое нахождение у себя рака. Канцерофобии

могут наблюдаться при чрезвычайных обстоятельствах у практически здоровых людей, чаще у соматически ослабленных, невротиков, психопатов и душевнобольных. Этот синдром может носить характер навязчивого страха, навязчивых сомнений, иногда переходящих в сверхценные идеи или ипохондрический бред.

В возникновении канцерофобии имеют значение следующие моменты, сочетание которых может либо способствовать, либо препятствовать возникновению канцерофобии: 1) специфика внешнего воздействия, 2) соматическое состояние больного, 3) характерологические качества личности.

Поведение врача определяют особенности возникновения канцерофобического синдрома и его клинические проявления.

Человека с тревожно-мнительным характером следует разубеждать, приводя логические доказательства, больного с ипохондрическим бредом направлять к психиатру.

При обследовании и лечении надо помнить о возможности ятрогенного возникновения канцерофобии, а также о больных с уже имеющейся канцерофобией, которые обращаются от одного врача к другому, добиваясь все новых и новых обследований и даже оперативного лечения.

Приведем пример.

Больная Е., 4) года, научный сотрудник, обратилась в хирургическую клинику с жалобами на боли в области желудка, затруднение при глотании твердой пищи, слабость, потливость, подавленное в связи с этим настроение. При обследовании со стороны желудочно-кишечного тракта и пищевода патологических изменений не выявлено. Заболеванию предшествовали длительные психотравмирующие ситуации. Полгода назад на ее руках умер отец, который страдал раком пищевода, затем были неприятности с обменом квартиры. По характеру всегда была тревожной и мнительной. Канцерофобия развивалась на фоне астенических симптомов, связанных с длительной психогенией. Непосредственной причиной возникновения фобии явился разговор ее приятельницы с мужем (оба хирурги) в присутствии Е. о неудачной операции рака пищевода. В тот же вечер почувствовала затруднение при глотании, неприятные ощущения в области желудка, слабость, потливость. Не спала, мучительно вспоминала подробности симптоматики рака пищевода, наблюдавшиеся у ее отца.

Успокаивающая разъяснительная беседа хирурга принесла облегчение, тревога и страхи почти исчезли, но остались астенические нарушения, которые постепенно прошли после общеукрепляющей терапии, отдыха и психотерапевтических бесед.

Этот случай является поучительным в том отношении, что врач, независимо от того, где он находится, должен помнить, что его слово может причинить вред. В данном случае этот разговор оказался психотравмирующим и

потому, что больная перенесла психическую травı (смерть отца от рака пищевода) и отличалась тревожн мнительными чертами характера.

Поведение врача и психотерапия

В диагностическом периоде необходимо учитывать психологию больного, его аффективную направленность, которая может вызвать импульсивные неправильные поступки. В этом периоде больной впервые встречается с врачом и врач имеет возможность правильно руководить поведением больного и его эмоциональными реакциями.

При возникающих подозрениях больной больше всего боится диагноза рака, гонит от себя эту мысль и нередко из-за страха избегает встречи с врачом и не является на обследование. При проведении противораковой пропаганды и стремлении привлечь людей к раннему обращению в медицинские учреждения следует учитывать эту психологическую причину позднего посещения.

Диспансерное наблюдение и периодические обследования (профилактические осмотры) не должны проводиться под лозунгом «раннее выявление рака». Весь обслуживающий персонал должен быть проинструктирован в этом отношении. Обследования, направленные на выявление рака, всегда отталкивают лиц, имеющих основание для таких подозрений. Если возникли реальные подозрения на заболевание, то врач должен убедить больного, что необходимо преодолеть этот страх, преодолеть успокаивающий самообман, так как время не ждет. Лучше ложная тревога, чем тревога запоздалая и бесполезная.

Характер сообщения диагноза зависит от особенностей личности, ее устойчивости и степени зрелости. При сообщении по характеру реакции больного надо подбирать наиболее подходящие выражения, которые меньше вызывают беспокойства и меньше травмируют. Врачу нужно следить не только за словами, но и за мимикой и жестами, так как по ним больные могут догадаться о своем состоянии, часто истолковать все это неправильно.

Следует помнить, что больной переживает исключительность своей болезни, что она «не похожа на болезнь других». Учитывая это, врач всегда обязан найти объяснение тем или иным изменениям в состоянии больного, так как при обмане он не способен удержать в памяти объяснения и в последующих беседах может выявиться этот обман, что посеет у больного сомнения.

Флоренс Найтингейл, современница Н. И. Пирогова, основываясь на большом клиническом опыте, высказала

следующие замечания, которые не потеряли своего значения и в настоящее время, о том, что на больного никакой шум и никакая суматоха не действуют так сильно, как вызванные без всякой надобности. Они вызывают в нем в высшей степени напряженное чувство ожидания чего-то неизвестного, а привычку некоторых шептаться в комнате больного можно назвать жестокостью, так как он, наверное, немедленно будет напрягаться, чтобы вслушиваться в разговор. Найтингейл писала, что больному иногда столь же невозможно двигать переломанной конечностью, как изменить направление своих мыслей без посторонней помощи. Эта неподвижность духа сама по себе составляет столь же характерное явление страдающего какой-либо внутренней болезнью, как неподвижность конечности при переломе костей.

Наблюдаемое у многих больных страстное ожидание рассвета имеет своей причиной общую жажду света, когда многие предметы становятся видимыми и упавший дух больного вновь поднимается. Эти особенности психики больных раком, отмеченные в XIX веке, должен учитывать каждый врач при любой беседе с больным.

Спорным является вопрос о преподнесении больному диагноза. Многие врачи считают, что нецелесообразно правдиво говорить больному о диагнозе. Существуют различные опухоли (доброкачественные, смешанные, злокачественные), но удаляемые. Но если не пользоваться этим диагнозом, то не следует в документах ставить синонимы рака, так как больной все равно узнает скрываемый диагноз. Для неизлечимого — это вред, он теряет всякую надежду, тогда возможна депрессия и самоубийство, как считает Харди. Это не следует делать и больным, у которых наблюдается пренебрежительное отношение к заболеванию. Знание диагноза может только усилить такое поведение. Если не сообщать диагноз, то можно сохранить активность, интерес к жизни, но это может повлечь за собой решение некоторых жизненных проблем без учета болезни, а самое главное, больной может пренебречь необходимостью серьезного лечения. Врач не имеет права скрывать диагноз в тех случаях, когда необходимо обеспечить больному подробное обследование и правильное лечение. Поэтому что и как сообщить больному, должно решаться в каждом случае индивидуально: никогда нельзя верить словам больного о том, что ему можно все сказать, что он сильный человек и все выдержит. Именно у сильных, физически всегда здоровых людей могут наблюдаться наиболее тяжелые психогенные реакции на факт болезни, на грозящее наступление инвалидности и возможной смерти.

Глава XI

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИИ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО

За несколько последних десятилетий произошли значительные изменения в характере инфекционных заболеваний. Это касается не только соматических проявлений, но и психических нарушений, которые сопровождают инфекционные болезни. В картине инфекционных заболеваний реже стали наблюдаться состояния измененного сознания и чаще расстройства с неврозоподобной аффективно-ипохондрической симптоматикой.

Некоторые психиатры в настоящее время отмечают большую частоту при инфекционных заболеваниях галлюцинаторно-бредовых нарушений, чем состояний измененного сознания, т. е. указывают на сдвиг в сторону эндогенизации этих нарушений. Эту тенденцию психических расстройств связывают с применением современных лекарственных средств.

Если расстройства сознания обычно сопровождаются нарушениями поведения, которые редко проходят незамеченными, то астенические состояния, депрессии, бред и галлюцинации в ряде случаев можно выявить только при целенаправленном расспросе больного. На поведение больного инфекционным заболеванием нередко оказывают влияние само обнаружение инфекционного «заразного» заболевания, госпитализация в инфекционную больницу> изоляция от близких, чувство страха или стыда, что «он заразный и опасный для окружающих».

Многие больные, помещенные в инфекционные отделения, боятся заразиться от окружающих, проявляют чувство брезгливости. У некоторых это может переходить в состояние тревоги, мнительности, вследствие чего легко нарушается сон, появляются навязчивые опасения.

Большое значение имеет проведение просветительной работы с больными инфекционными заболеваниям и их родственниками, разъяснение тех опасностей, которые могут возникнуть при скрытии факта заболевания.

При выписке из инфекционного отделения больной должен получить от врача полную инструкцию в доступной и понятной форме о дальнейшем поведении, приеме лекарств, сроках повторных консультаций и обследований, трудовых рекомендациях. Больной должен знать, насколько безопасно пребывание его дома, среди близких, особенно среди детей. О мерах предосторожности надо говорить

убедительно и понятно, но не запугивать больных, так как у тревожных и впечатлительных личностей может возникнуть необоснованный страх заражения и загрязнения, ч

Реакция человека на ту или иную инфекцию и психические проявления при ней зависят от многих факторов. Большое значение имеет возраст больного. Так, у детей и подростков чаще возникают состояния измененного сознания по типу оглушенности, делирия, аменции, у пожилых—состояние тоски, тревоги, подозрительности, страха. В связи с этим тактика врача бывает различной и расспросы больных также носят целенаправленный характер. Если подростков, жалующихся на нарушение сна и страхи, необходимо расспрашивать о гипнагогических галлюцинациях и содержании страхов, возникающих при бессоннице, о психосенсорных расстройствах, то пожилых врач в первую очередь должен расспросить о настроении, оценке происходящих событий, ситуации.

Большую роль в профилактике инфекционных психозов играет изучение анамнеза жизни больного, выявление злоупотребления алкоголем, которое часто способствует возникновению делириозного помрачения сознания.

На появление психических нарушений в связи с инфекционным заболеванием оказывает влияние и стадия развития инфекции. В инкубационном периоде, как правило, психических нарушений не наблюдается. В продромальном периоде возникают общесоматические нарушения, такие, как недомогание, головная боль, слабость. Иногда в это время появляются как бы приподнятое настроение, некоторая возбудимость, говорливость, повышенная обидчивость и ранимость.

Наибольшая пестрота клинических проявлений наблюдается в период расцвета болезни. Иногда у больных бывает лихорадочный бред, сопровождающийся высокой температурой тела и токсикозом, и инфекционный бред, который чаще развивается после нормализации температуры (бред коллапса, резидуальный бред), менее связанный с самим инфекционным процессом, а скорее с имеющимся истощением, обменными и сосудистыми нарушениями. В связи с этим инфекционный бред часто не содержит признаков экзогенности и поэтому вызывает большие диагностические затруднения.

В период выздоровления большое место занимают астенические проявления — постинфекционная- астения, выраженность которой, по мнению многих, зависит от тяжести перенесенной инфекции.

Поведение больного и психические нарушения связаны с особенностями инфекции. Так, при сыпном тифе психические нарушения могут наблюдаться сравнительно рано. В первые дни больные более оживлены, чем обычно,

много говорят, лицо гиперемировано. Они живо отвечают на вопросы, шутят, иногда срорятся с окружающими. Несмотря на то что сыпной тиф встречается в нашей стране очень редко, значение этих начальных симптомов инфекционного психоза важно, так как соответствующей терапией можно предотвратить неожиданность развития острого психотического состояния.

Делириозное помрачение сознания возникает в начале 2-й недели. Картина бывает типичной для делирия, но, по мнению В. А. Гиляровского, большое место могут занимать галлюцинаторные переживания, связанные с нарушением деятельности вестибулярного аппарата: больные чувствуют-, что они плывут, едут, поднимаются, кружатся и др. В ряде случаев на первом месте в картине психических нарушений стоят именно вестибулярные расстройства.

Бредовые переживания ипохондрического содержания бывают связаны с сенестопатиями и болевыми ощущениями в различных участках тела. В таком состоянии больные говорят, что на их тело воздействуют каким-то образом, режут им органы, разрывают их, колют и др. Бредовые идеи нестойки, часто меняются, настроение подавленное, наблюдается двигательное возбуждение.

После кризиса с упадком сил и длительного сна психотические явления проходят, но наступает глубокая астения, на фоне которой наблюдаются явления резидуального бреда. Какой-то период времени больные уверены, что галлюцинаторные и бредовые переживания были на самом деле. Ищут вещи, которые им казалось, что принесли, подарили и др. В этом периоде нецелесообразно разубеждать больного в его заблуждениях. С ослаблением астенических проявлений обычно исчезают остаточные (резидуальные) явления бреда.

При брюшном тифе с самого начала болезни могут появляться признаки пониженного настроения, больные заторможены, подавлены, грустны, затем на 2-й неделе возникает делириозное помрачение сознания, но чаще бывает состояние измененного сознания ближе к аментивному, а развивается оно не на 2-й неделе, а к концу заболевания. Больные становятся растерянными, с трудом понимают вопросы, с недоумением осматриваются по сторонам, обнаруживают беспомощность при простейших вопросах. Ориентировка в окружающем нарушается. Характерно появление в ночное время наплывов галлюцинаций с неправильным поведением, но возбуждение не бывает выраженным, так как обычно наступает физическое истощение. Длительность таких психических расстройств значительна (до 1 '/г мес). Астения после выхода из психоза бывает глубокой. Из-за выраженной истоща-

емости больные могут производить впечатление интеллектуально сниженных, апатичных, безучастных к окружающему. Восстановление идет медленно, через этап раздражительной слабости. В это время появляется слезливость, обидчивость, повышенная раздражительность. Такие больные производят впечатление капризных, избалованных, требовательных. Наряду с указанными особенностями отчетливо выступают явления истощаемости и утомляемости.

Психические нарушения при дизентерии, как правило, могут возникать в первые дни болезни и всегда связаны с выраженной картиной основного заболевания и большой интоксикацией. У некоторых больных наблюдается состояние оглушенности, когда до больного не сразу доходят вопросы, он отвечает на них односложно, с большой задержкой. Попытки врача поторопить больного с ответом, растормошить его часто заканчиваются неудачей, он отвечает медленно и односложно, но правильно. Грубая ориентировка сохранена. При легких степенях оглушенности больной производит впечатление несколько рассеянного, невнимательного, погруженного в свои переживания. Это состояние оглушенности может вечером или ночью смениться делириозным расстройством сознания с обильными зрительными и слуховыми галлюцинациями. Состояние возбуждения бывает значительным, часто с агрессией, при этом возможны нападения на обслуживающий персонал. Если состояние оглушения прошло для окружающих незамеченным, то острая психотическая симптоматика кажется неожиданной, внезапно возникшей. Обслуживающий персонал, не подготовленный к такому изменению состояния больного, может растеряться и не сразу оказать необходимую помощь. Поэтому необходимо ежедневно не только оценивать соматическое состояние, но и изменение психической деятельности больного.

В период психоза у больных, как правило, наблюдается амнезия. По выходе из психоза отмечается глубокая астения. В других случаях в начале болезни возникает тревожное опасение за свою жизнь. Такие больные в тревоге могут метаться по палате, испытывать страх. Это состояние сопровождается вегетативными нарушениями, которые увеличивают тревогу. Психотерапевтическая беседа с разъяснением причин такого состояния может успокоить больного и облегчить его состояние.

Наблюдаются так называемые поздние психозы при хроническом течении дизентерии, которые связывают с авитаминозом. При этом возникают неглубокие состояния оглушенности, которые врач должен уметь отдифференцировать от глубокой астении с истощаемостью и утомляемостью. Правильная квалификация состояния больного

имеет большое значение для дальнейшей тактики врача в отношении предупреждения острого психотического состояния.

Дизентерия у детей дошкольного и младшего школьного возраста может вызвать задержку не только соматического, но и психического развития. Истощаемость и утомляемость у таких детей бывает настолько выражена, что напоминает картину интеллектуальной недостаточности.

Такие дети отличаются или медлительностью, рассеянностью, «бестолковостью» и беспамятностью, или, наоборот, делаются суетливыми, отвлекаемыми. Они нуждаются в отдыхе и санаторно-курортном лечении.

В «цепочке детских инфекций», участвующих в формировании психопатоподобного синдрома у детей младшего возраста, большое значение имеет дизентерия.

Психические нарушения при болезни Боткина не специфичны и зависят от особенностей основного заболевания и этапа его развития. Так, в преджелтушный период наблюдаются вегетативные нарушения, расстройства сна, вялость, быстрая утомляемость, заторможенность и апатия. В этом состоянии больные редко обращаются к врачам-терапевтам, а тем более к психиатрам. Об указанных расстройствах врач может узнать только из рассказа больного.

При развившейся желтухе появляется целая гамма аффективных нарушений — от эйфории с суетливостью и расторможенностью до тревоги и подавленности (Т. А. Невзорова). Указанные расстройства непродолжительны и проходят через несколько дней. Подавленность, тоскливое настроение сопровождаются переживанием безысходности состояния, страха перед тяжелой, неизлечимой болезнью. Одна больная рассказывала, что во время болезни не могла читать книги с описанием радостных, веселых событий. «Они как-то не доходили до меня», «трудно было представить, что кому-то может быть радостно». Участливая беседа врача, разъяснение причин состояния приводят к улучшению успокоению больного. Эйфория, как правило, сопровождается двигательным беспокойством, недооценкой тяжести состояния. Возможны немотивированные приступы гневливости, во время которых больные в грубой форме разговаривают с окружающими, оскорбляют врача и медицинских сестер, незаслуженно обвиняют их в недостаточно внимательном отношении.

Врачи должны понимать, что причина такого поведения лежит в психических нарушениях, возникших в связи с болезнью, и правильно реагировать на такое состояние больного.

При гриппе наряду с общими расстройствами, характерными для многих инфекционных заболеваний, наблюдаются, выраженные аффективные нарушения: тоска, подавленность, идеи самообвинения, суицидальные мысли. Эти нарушения не всегда сопровождаются остротой и выраженностью общесоматических расстройств. Поэтому необходимо внимательно относиться к жалобам больных на тоскливое состояние, бессонницу, наклонность переоценивать всю свою жизнь в плане идей самообвинения. Такие больные нуждаются в индивидуальном медицинском посте, назначении снотворных и антидепрессантов.

Существует старинная легенда **о** холере. Холера в образе молодой женщины пришла в город и по просьбе горожан обещала ограничиться малым числом жертв. Когда же жертв оказалось слишком много, на упрек, который сделали холере жители, она ответила, что слово свое сдержала: лишние люди погибли не от нее, а от страха.

О холере сложилось представление как о страшном, крайне заразном смертельном заболевании. Из специальной и художественной литературы известны описания холерных эпидемий, во время которых погибало все население городов и населенных пунктов.

Известие о заболевании холерой вызывает беспокойство, тревогу больше, чем другие инфекционные заболевания. В связи с этим и в настоящее время ряд авторов (М. Д. Тушинский, И. Д. Ионин) подчеркивают, что нельзя забывать о возможности развития у лиц с повышенной внушаемостью в условиях холерной эпидемии так называемой психической холеры, которая клинически не отличается от обычной холеры, но обусловлена психическим воздействием.

Возникают большие диагностические затруднения, если подобные состояния развиваются у медицинского персонала, который обслуживает больных холерой.

У внушаемых и тревожно-мнительных лиц, укушенных подозрительными в отношении бешенства животными, может появиться так называемое ложное бешенство. Картина болезни в этих случаях определяется представлением больного **о** бешенстве и его клинических проявлениях. Заболевание начинается с выраженной водобоязни, тревоги, беспокойства. В отличие от истинного бешенства при ложном бешенстве, которое представляет собой истерическое расстройство, так же как и психическая холера, эффективны психотерапия и успокаивающие средства.

В приемное отделение психиатрической больницы из соседнего села привезли женщину с подозрением на бешенство. Приняв все меры предосторожности и поместив ее в изолятор, врач стал выяснять обстоятельства возникновения заболевания. Оказалось, что накануне во

время конфликта с соседкой на больную набросилась собака соседки, повалила ее, оцарапала кожу в нескольких местах и укусила за руку. Со страха она якобы потеряла сознание и была на руках принесена домой. Вызванный фельдшер обработал йодом царапины и места укуса, серьезных повреждений не установил, дал успокаивающую микстуру и рекомендовал лечь в постель. Больная была обеспокоена укусом, спрашивала, не заболеет ли она бешенством, так как собака показалась ей подозрительной, у нее «глаза были совершенно желтые». Ночью вскочила от страха, говорила, что умирает, что у нее бешенство, вся дрожала, отталкивала от себя воду, сжимала зубы, не могла проглотить лекарство, при приближении близких забивалась в угол, отталкивала их. С большим трудом была завернута в одеяла и привезена в больницу.

На приеме беспокойна, бегает по комнате, дрожит крупной дрожью, отталкивает от себя стакан с водой, кричит, что умирает, что собака была бешеной и ее надо немедленно уничтожить. Делает судорожные движения руками. Постепенно во время беседы несколько успокаивается, начинает подробно рассказывать о ссоре с соседкой, внимательно слушает врача, во время беседы выпивает стакан воды, перестает дрожать, спокойно принимает лекарство, соглашается провести обследование. Через некоторое время ложится в постель и засыпает.

В дальнейшем выяснилось, что за несколько дней до происходящих событий слышала рассказ о заболевании бешенством, который произвел на нее большое впечатление. Симптомы, наблюдаемые у больной, несомненно, носили характер ложного бешенства, были результатом самовнушения.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Изменение психической деятельности при мозговых инфекциях выражается чаще всего состоянием измененного сознания, которое может проявляться нарушением ориентировки, затруднением контактов с окружающими, неполной оценкой происходящих событий.

Диапазон состояний измененного сознания велик — от оглушенности делириозного помрачения до аменции, эпилептиформного возбуждения.

При клещевом энцефалите сравнительно чаще, чем при других энцефалитах, наблюдаются расстройства в виде дереализации и деперсонализации. При хроническом течении энцефалита наблюдаются стойкие аффективные и галлюцинаторно-бредовые расстройства, отграничение которых от шизофрении вызывает большие затруднения. Несмотря на выраженную продуктивную симптоматику, больные сохраняют контакт с близкими, у них отчетливо выступает аффективная насыщенность переживаний и пароксизмальность вегетативных расстройств.

У детей и подростков после перенесенного энцефалита появляется психопатоподобное поведение. Такие дети становятся трудными в любом коллективе,. постоянно возникают конфликты и драки. Часто наблюдаются ра-

сторможенность влечений, наклонность к бродяжничеству.

Школьные врачи должны знать, что дети, которые перенесли менингоэнцефалит, отличаются повышенной истощаемостью и утомляемостью, но в их состоянии эта повышенная истощаемость наряду с вялостью, апатией, заторможенностью может проявляться расторможенным поведением, непоседливостью, неуместными высказываниями, конфликтами и др.

У взрослых иногда после перенесенной мозговой инфекции могут наблюдаться стойкие астенические расстройства, которые проявляются повышенной истощаемостью, быстрой утомляемостью, снижением активности, сообразительности. У таких больных при незначительных дополнительных нагрузках возникают состояния декомпенсации, выражающиеся в расстройствах сна и колебаниях настроения. Они нуждаются в особых условиях труда по специальности, но с уменьшенной нормой и укороченным рабочим днем. В этих условиях больные успешно справляются со своими обязанностями, чувствуют себя полноценными членами общества.

При возникновении травмирующей ситуации на работе и дома на фоне астенических нарушений могут появиться отдельные истерические реакции, ипохондрические жалобы, сутяжные тенденции.

ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Туберкулез — тяжелое хроническое инфекционное заболевание, совсем недавно уносившее многие сотни и тысячи жизней. Развитие медицины и появление противотуберкулезных препаратов открыли широкие возможности для лечения этого заболевания.

Сложность лечения туберкулеза обусловлена длительностью госпитализации и наличием большого количества предубеждений и ложных представлений о туберкулезе как о тяжелом «заразном» неизлечимом заболевании.

Сообщение об этом заболевании некоторыми больными воспринимается как катастрофа, как трагедия. У таких больных возникает депрессивное состояние как реакция на болезнь, на помещение в больницу, на ожидание сложных обследований, на отрыв от привычной обстановки. У многих больных возникает страх, что после заболевания они могут оказаться в изоляции, их будут остерегаться сотрудники, родственники, соседи. Все указанные сомнения должен разрешить врач при первых беседах и при сообщении о диагнозе и необходимости лечения в условиях стационара.

Приведем пример.

Больной В., 36 лет . Инфильтративный туберкулез легких в фазе распада. Из анамнеза: рос и развивался правильно. Во время войны бедствовал и голодал. С начала 1966 г. были служебные неприятности, которые продолжались около полугода, в то время плохо спал, был угрюмым и раздражительным, после прекращения неприятностей состояние нормализовалось.

В 1964 г. при диспансеризации были обнаружены плотные очаговые изменения в верхнем отделе правого легкого. Не лечился, чувствовал себя здоровым. В ноябре 1966 г. повысилась температура тела до 38,6° С, появились общая слабость, «бессилие», головная боль, потливость. Состояние не улучшилось, несмотря на проводимую терапию, и через 10 дней был направлен к фтизиатру. Отнесся к этому спокойно. «В глубине души не верил, что может заболеть такой болезнью».

Известие, что он болен и нуждается в госпитализации, оказалось неожиданным, «свалилось как снег на голову», «убило». Настроение сразу стало плохим. Был полностью поглощен мыслями о болезни. «Думал лечиться или не лечиться, так как все равно не поправишься». По вечерам не мог уснуть, в воображении рисовал картины постоянного пребывания в больнице, неумолимого нарастания заболевания и скорой неотвратимой гибели. Пробуждаясь утром, сразу вспоминал о болезни и «падал духом». Иногда не мог удержать слез. Хотелось тишины, уединения, пробовал чем-либо заняться, но все валилось из рук.

В стационаре при упоминании о болезни делается напряженным, тревожным. В разговоре не употребляет слово «туберкулез», говорит что заболевание «пугает». Постоянно тревожит мысль о том, что может умереть. Перебирает в памяти прошлое. «Понял», что болеет давно, когда лечился в детстве от воспаления легких. Считает, что ему не повезло в жизни, так как тогда жил в деревне и не получил квалифицированной помощи. Утомляется. К концу беседы перестал активно ее поддерживать, обнаруживает нетерпение, ерзает на стуле, совершает ненужные движения руками, отвлекается. В дальнейшем настроение, поведение и высказывания больного находятся в тесной зависимости от физического состояния. Незначительное ухудшение вызывает тревогу, нарушается сон, становится раздражительным.

Перед консультацией хирурга растерян, не отпускает от сеоя врача, говорит, «что ему не повезло в жизни», охвачен страхом. Согласие на операцию дал. Оперирован. Эффект хороший. Вернулся к прежней работе.

В большинстве случаев больные правильно воспринимают факт болезни, несмотря на более или менее выраженную психогенную реакцию, принимают необходимое лечение. Иногда наблюдается полное отрицание болезни. Такие больные представляют большие сложности, так как отказываются от обследования и лечения, не соблюдают санитарно-гигиенических правил и могут стать источником заражения своих близких. Часто родственники из-за ложного стыда и страха обидеть близкого им больного человека также не соблюдают гигиенических норм, подвергая себя и своих детей опасности заражения туберкулезом.

Особенности психического склада больных туберкулезом неоднократно находили отражение в художественной литературе, подчеркивалась особая чувствительность, от-

[1] Наблюдение И. И. Сергеева.

решенность, сентиментальность, истощаемость, эмоциональная лабильность. Описание указанных особенностей относится в основном к доантибактериальному периоду.

Психические нарушения, наблюдаемые в настоящее время у больных туберкулезомt складываются из нарушений, которые возникают в связи с самим болезненным процессом, из психогенных наслоений, связанных с длительным пребыванием в стационаре и побочных влияний антибактериальной терапии. На характер указанных расстройств оказывают влияние дополнительные вредности и личностные особенности. Так, в отрицании факта болезни большое значение имеет злоупотребление алкоголем и появление анозогнозии не только симптомов туберкулеза, но и других соматических расстройств.

Наиболее типичным психическим нарушением при туберкулезе является соматическая астения, которая может иногда возникать раньше соматических расстройств. Как правило, преобладает физическая астения.

У некоторых больных на фоне астении появляются аффективные нарушения, ситуационно обусловленные. Они могут проявляться подавленными настроением, угрюмостью, отгороженностью, иногда чрезмерной тревожностью. На фоне астении могут возникать ипохондрические жалобы и истерические реакции. Во взаимоотношениях с врачом иногда больные проявляют негативистическую реакцию, отказываются от обследований, бывают злобные и раздражительные или фиксированные на болезненных ощущениях. Такие больные жалуются на расстройства сна, частые пробуждения, обильные сновидения неприятного содержания. В этот наиболее трудный для больного период происходит адаптация к новым условиям, интрапсихическая обработка случившегося и поэтому именно в это время большое значение имеют психотерапевтические беседы и санитарно-просветительная работа в отделении.

Для фиброзно-кавернозного туберкулеза легких характерны астено-эйфорические и астено-апатические синдромы (И. И. Сергеев).

Приведем пример.

Больной К.[1], 39 лет. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе инфильтрации и обсеменения с поражением верхних и средних отделов обоих легких и левосторонним циррозом. Из анамнеза: развивался правильно. Окончил 6 классов, работал слесарем.

В 17 лет был выявлен правосторонний инфильтративный туберкулез легких. Известие о болезни «напугало», «расстроило», но быстро успокоился. В стационаре состояние улучшилось. Через год наступило обострение, и с тех пор ежегодно поступал в больницы.

Наблюдение И. И. Сергеева.

В 25 лет оформлена инвалидность II группы, вначале огорчался, а затем успокоился и продолжал работать, от госпитализации при ухудшении состояния отказывался. Изменился по характеру, стал менее общительным, растерял друзей, уставал от шума и разговоров. Исчезла живость, веселость, «разучился шутить». Нарастала раздражительность, возникали конфликты дома, на работе, с медицинским персоналом.

При очередной госпитализации: в беседе пассивен, говорит медленно, тихо, мимика бедная, мрачен. Равнодушно говорит о болезни, «старается ее не замечать», смирился, так как от мыслей «болезнь делается только хуже». Отвлекаем, с трудом может сосредоточиться, путает даты своей жизни, лекарства, которые получал и получает.

Спит плохо, иногда засыпает под утро, просыпается внезапно, «как от удара тока», боязлив, постоянно раздражен, обвиняет в конфликтах окружающих, которые, зная о его болезни, не хотят уступить, провоцируют на резкость.

С улучшением физического состояния нарастает неустойчивость настроения, несдержанность и гневливость. Резок, непослушен, придирчив и капризен с обслуживающим персоналом отделения. Болезненно реагирует на замечания, не приходит вовремя за лекарствами. Обвиняет медицинскую сестру в забывчивости и халатности. Усматривает всяческие беспордяки, жалуется заведующему отделением на младший обслуживающий персонал и больных. С врачом дерзок, нетактичен, неуместно шутит. После приема транквилизаторов, аминазина и разъяснительных бесед самочувствие улучшилось.

Как видно из истории болезни, у больного К. реакция на обнаружение заболевания была незначительна и не содержала патологических проявлений. В дальнейшем длительное время наблюдались более или менее выраженные астенические симптомы: утомляемость, раздражительность, некоторая отгороженность от окружающих, сужение круга интересов. В последние годы нарастают изменения характера и форм поведения, типичные для хронических соматических заболеваний.

Врач должен учитывать психические особенности больных с этой формой болезни и при возникающих конфликтах с окружающими и обслуживающим персоналом расценивать их как проявления болезни и назначать соответствующие успокаивающие средства. Выговоры и замечания в этом периоде не достигают желаемого результата.

У некоторых больных на фоне резкой астении появляются приподнятое настроение, говорливость, двигательное беспокойство, недостаточная оценка своего состояния. Повышенное настроение, как правило, быстро сменяется капризностью, гневливостью или безразличием. На все указанные аффективные проявления оказывает влияние резкая астения, поэтому они крайне нестойки.

Астено-анатическое состояние выражается общей слабостью, безучастностью, аспонтанностью, речевой и моторной заторможенностью. Беседы в этом состоянии для больного крайне утомительны, больные часто отвечают односложно, недовольным тоном, просят оставить их в покое, при настойчивых требованиях обслуживающего

персонала вступить в контакт у них могут наблюдаться кратковременные реакции недовольства и раздражительности, которые быстро затухают из-за выраженной астении.

При улучшении соматического состояния более отчетливы явления раздражительной слабости. Больные становятся раздражительными, обидчивыми, слезливыми, легко засыпают и просыпаются, часто жалуются на отвлекаемость и нарушения памяти, испытывают затруднения при чтении, выполнении мелких и точных движений. В этом состоянии они чаще жалуются на то, что им мешают яркий свет, шум, громкие разговоры. При длительном стационарном лечении указанные расстройства сохраняются на протяжении всего пребывания в стационаре, сменяясь астенб-эйфорическим или астено-апатическим состоянием при обострении и утяжелении туберкулезного процесса.

У некоторых больных на фоне более или менее выраженных астенических нарушений возникают стойкие изменения характера, связанные, кроме соматогенных факторов, еще с длительной психотравмирующей ситуацией. Эти состояния могут расцениваться как патологические развития личности в связи с туберкулезным процессом. Психические проявления при этом разнообразны: истерические реакции, навязчивые опасения, сомнения, подозрительность, паранойяльная настроенность, сверхценные образования. В некоторых случаях паранойяльность проявляется в недоброжелательном отношении к врачам, в обвинении врачей, которые якобы «с преступной халатностью» лечили их ранее и тем самым привели к неблагоприятному исходу болезни. Недоброжелательность и подозрительность могут распространяться на родственников, которые якобы специально держат их в больнице. Такие больные высказывают мысли о супружеской неверности.

Врачи должны знать, что наряду с истерическими проявлениями характерны как бы «рентные установки» — стремление извлечь максимальные выгоды из болезни.

Появление истерических реакций в картине болезни не должно оцениваться врачом как сознательное нежелание подчиняться режиму, как симуляция и неблаговидное поведение. Истерические реакции — это болезненные формы реагирования на трудные ситуации, на невозможность справиться с задачами, стоящими перед больным.

Обязанность врача — выявить конфликты и затруднения, которые способствуют возникновению указанных форм поведения и реагирования.

Венерические заболевания получили свое название от имени древнеримской богини любви и красоты Венеры.

Эти инфекционные заболевания объединены общим эпидемиологическим путем, они передаются в основном при половом общении. Указанная особенность и определяет психологические реакции больных на заболевание. С давних пор эти болезни считались «греховными», «постыдными», неизлечимыми, страшными, отвратительными, поэтому многие больные испытывают страх, стыд при обращении к врачу с подозрением на заражение.

На разных этапах заболевания наблюдаются различные формы поведения и психологические реакции.

В начале заболевания появляется психогенная аффективная реакция, тревожная, депрессивная, реже истерическая с отрицанием факта болезни. Такое состояние обычно продолжается несколько дней, затем наступает адаптация с адекватным поведением.

Для периода развития болезни характерна адекватная оценка состояния, но некоторые больные игнорируют болезнь, отказываются от лечения, проявляют злобное, агрессивное отношение к окружающим. Эти реакции наиболее типичны для психопатических личностей и больных хроническим алкоголизмом со снижением критики к своему состоянию.

В периоде полного или частичного выздоровления могут появляться тревожные реакции неуверенности в излечении, фиксация на различных неприятных ощущениях, ипохондрические реакции.

Глава XII

ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ОРГАНОВ ЧУВСТВ И АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ

ПСИХОЛОГИЯ СЛЕПЫХ

Пороки развития или приобретенные дефекты различных органов чувств создают определенные сложности в работе врачей и медицинского персонала.

О мудрости слепых говорил Соломон. Ему принадлежат слова: «...слепой не делает ни одного шага, не исследовав почву, на которую он ступает». Из античной литературы известно, что многие великие поэты древности, например Гомер, Оссиан, спартанский законодатель Ликург были слепыми, а некоторые мыслители Древней Греции—Демокрит, Диодор — сознательно ослепляли себя, чтобы целиком отдаться умственному созерцанию.

Известно, что внутреннюю связь между людьми обусловливает речь и слух, а не зрение. Всякое образование

осуществляется посредством речи, и в этом отношении отсутствие зрения представляет собой гораздо меньшее Несчастье и отражается значительно меньше на интеллектуальных способностях, чем отсутствие слуха и речи. Это было отмечено отечественными исследователями в начале XX века.

Принято считать, что у слепых изменены пороги анализаторов слуха, осязания, обоняния. Исследования показывают, что пороги анализаторов у слепых не ниже, но они достигают высокой степени дифференцированное™.

Исследователей всегда привлекало так называемое «шестое чувство у слепых», «чувство препятствия», «чувство расстояния», «чувство приближения», «лицевое зрение».

«Чувство расстояния», по мнению некоторых, имеет свои корни в нервных волокнах лица, в особых разветвлениях тройничного нерва. Другие считали, что ощущение удаленных предметов воспринимается лицом в области глаз и ушей или придавали значение слуху с участием кинестетических, тактильных, температурных и других ощущений.

Ученики и сотрудники крупнейшего советского физиолога И. С. Бериташвили (1884—1975) считают, что в основе «шестого чувства» слепых лежит способность восприятия подпороговых раздражителей слухового анализатора, которое приводит к сокращению мышц лица и создает ощущение восприятия предметов лицом. Другая точка зрения заключается в том, что в основе этого явления — «шестого чувства»—лежит полисенсорное восприятие, присущее всем людям, но более развитое у слепых.

Психологические особенности слепых детей зависят от возраста. Раннее развитие обычно протекает без отклонений, но очень рано сказывается стремление родителей оградить детей от трудностей. Создавая излишне щадящую обстановку, они сковывают инициативу, недостаточно стимулируют развитие навыков самообслуживания. В 3—5 лет иногда появляются отдельные невротические симптомы в виде ночных страхов, энуреза, нарушений аппетита. В возрасте 6—7 лет у детей может появиться сознание своего физического недостатка. Взрослые, проявляя гиперопеку, только подчеркивают беспомощность ребенка и тем самым часто ухудшают его состояние. В этом периоде могут углубляться невротические реакции, возникать более отчетливые страхи.

В последующие годы у некоторых слепых детей появляются робость, нерешительность, плаксивость, склонность к фантазированию, уход от детского коллекти-

ва, у других повышенная раздражительность, капризность, упрямство, обидчивость, возбудимость.

Начало обучения в школе для таких детей связано с большими трудностями. Адаптация к условиям интерната для слепых детей всегда затруднена, разлука с близкими, с привычной обстановкой, с одной стороны, и трудностями новой обстановки — с другой, часто способствуют возникновению невротических симптомов, в клинической картине которых преобладают расстройства сна, аппетита, повышенная утомляемость, сонливость днем на уроках. Могут возникнуть настороженность, повышенная обидчивость и ранимость. Дети становятся плаксивыми, угрюмыми, медлительными и крайне беспомощными. На эту беспомощность у них возникает еще большая реакция, чаще всего реакция протеста.

В пубертатном возрасте у некоторых слепых детей могут появиться педантичность, стремление строго выполнять режим дня, иногда может возникнуть ипохондрическая фиксация или подозрительность и настороженность. В этом возрасте у детей наблюдается выраженная реакция на свой недостаток, могут появляться неуверенность в своих возможностях, опасение за свою судьбу.

Дети особенно плохо чувствуют себя в обществе зрячих. У одних детей иногда возникают сенситивные идеи отношения. У других могут формироваться отчетливые черты эгоизма, эгоцентризма. Они придерживаются формальных правил распорядка, держатся высокомерно, не терпят замечаний,, переоценивают собственные возможности.

При изучении изменений личности слепых в последние годы доказано, что наиболее характерными психологическими особенностями являются сверхценные идеи ущербности, обусловленные утратой зрения. Это более четко выступает у лиц со слепотой приобретенной, чем врожденной. У слепых, как правило, если это не связано с одновременным поражением мозга, не наблюдается интеллектуальной недостаточности. Для них характерен высокий уровень понимания нравственности, принципиальности, справедливости (В. Ф. Матвеев, Г. В. Козловская, Д. Ч. Темоев). Лица, болезненно переживающие свой дефект, всегда плохо себя чувствуют среди зрячих; вынужденное пребывание в таком коллективе способствует возникновению аутистических тенденций.

У слепых часто наблюдается нарушение сна, из-за чего они прибегают к снотворным. Сон поверхностный, чуткий, с множеством сновидений неприятного содержания. По утрам они испытывают чувство разбитости и плохой работоспособности.

В. Ф. Матвеев и Д. Ч. Темоев выделяют различные

варианты изменений личности в связи со слепотой. У некоторых больных преобладают астенические и навязчивые состояния. Такие лица плохо переносят жизненные затруднения, при физической и умственной нагрузке сравнительно быстро утомляются. Они обращаются в поликлинику с жалобами на плохое самочувствие, слабость, высказывают опасения и тревогу за свое здоровье и здоровье своих близких. С течением времени у них формируются качества, свойственные лицам с астеническим невротическим развитием. Они до минимума сводят свои контакты, ограничивают себя, стараются работать не полный день, создают щадящий режим, строго выполняют предписания врачей.

В своих интересах они проявляют достаточную настойчивость, в ряде случаев терроризируют близких. На работе такие лица относительно адаптированы. Нередко во время конфликтных ситуаций у них возникают истерические реакции, из-за чего им приходится обращаться к психиатру.

При ипохондрическом варианте патологического развития личности наряду с выраженной астенической симптоматикой существуют сенестопатии и парестезии, которые воспринимаются больными как признак тяжелого соматического заболевания. Они обращаются к врачам различных специальностей, добиваясь стационарного обследования. С течением времени ипохондрическая симптоматика становится менее четкой и уступает место хроническим аффективным расстройствам с изменением характера. Подобного рода динамика ипохондрических образований свойственна не только слепым, но и зрячим — ипохондрическое развитие личности проходит через такие же этапы. Иногда расстройства поведения, которые возникают при длительных обследованиях больных в стационаре, расценивают как реакцию на соматическое страдание, но это не полное объяснение клинической картины возникших нарушений.

Следует обратить внимание на некоторые психические особенности, появляющиеся после удачно произведенной операции у лиц слепорожденных или ослепших в раннем возрасте. Целостное восприятие предметов и явлений возникает у них не сразу, а проходит длительный период накопления запаса зрительных представлений, которым принадлежит решающая роль в восприятии окружающего мира. Поэтому если больной после операции прозрел, то он еще какой-то период времени не видит происходящее, как зрячие с детства. Часто в этих случаях у них возникают реакции отчаяния из-за того, что с их точки зрения внешний мир должен быть представлен по-другому и что надежды их в этом отношения не оправдались.

Однако развитие таких состояний не всегда объясняется только психогенными факторами, хотя они могут быть значительны, особенно если с больным не проводилось соответствующей психотерапевтической работы.

Включение зрительного анализатора изменяет функционирование всего мозга. Чрезмерная нагрузка на зрительный анализатор в большинстве случаев приводит к развитию астенических симптомов, ухудшению самочувствия и настроения.

Перед операцией больному необходимо объяснить, что видеть так, как видят зрячие люди, он будет не сразу, а только после определенного этапа накопления представлений, продолжительностью в несколько месяцев. Он должен знать, что медленнее всего накапливается запас пространственных представлений, от которого будет зависеть определение расстояний. В кинофильме «Доктор Калюжный» хорошо показаны эти особенности.

В послеоперационном периоде больной нуждается в рациональной психотерапии и назначении транквилизаторов для смягчения астенических проявлений.

ПСИХОЛОГИЯ ГЛУХИХ И ТУГОУХИХ

Изменения личности при выключении слухового анализатора менее четки, но принципиально они мало отличаются от описанных выше. Так, при снижении слуха, особенно возникающем в зрелом возрасте, появляются затруднения в установлении контактов с окружающими, возникают повышенная раздражительность, обидчивость. Из-за трудностей общения могут появиться сенситивные идеи отношения. Так, например, окружающие засмеялись, а человек с плохим слухом понял, что его осуждают, о нем говорят, смеются над ним. У тревожных, самолюбивых и мнительных лиц могут возникать сначала подозрения, а затем уверенность в недоброжелательном отношении.

Бред тугоухих, как правило, не возникает только из-за снижения слуха. В развитии и оформлении психических расстройств определенную роль играют психогенные факторы (длительные служебные и семейные конфликтные ситуации и др.), а также характерологические особенности лиц.

Пребывание таких больных в соматическом стационаре вызывает большие затруднения, особенно если врач не уделил достаточного внимания этому дефекту. В период обследования они стремятся напряженно вслушиваться в разговоры персонала, врачей, соседей по палате. Снижение слуха и аффективная настроенность не позволяют им разобраться в их собственной ситуации. Они болезненно интерпретируют действия окружающих, принимая в свой

адрес «самые тяжелые подозрения». Это часто приводит к подавленному настроению, тревоге, нарушениям сна и аппетита. Надо учитывать, что тугоухие, обычно скрывая свой недостаток, часто стесняются и окружающих больных. Поэтому врач в своей работе должен учитывать все обстоятельства, чтобы рассеять болезненные сомнения и подозрения.

РЕАКЦИИ БОЛЬНЫХ НА ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛИЦА

Во время второй мировой войны большое внимание уделялось психическим нарушениям у раненых с повреждением лица. М. С. Лебединский писал, что любой участок собственного тела для каждого человека представляет особую ценность и глубоко связан с личностью. Имеются наблюдения, что конечность остается для человека очень дорогой, даже если функция ее полностью утрачена. Такие больные, если нет угрозы для жизни редко соглашаются на ампутацию полностью бездействующей ноги или руки, чтобы заменить ее протезом.

Значительно тяжелее, чем потерю части тела, раненые переживают повреждения лица. В обществе лицо человека играет большую роль не только в создании впечатления других людей, но и в создании своего представления о себе. Выразительные движения лица составляют единое целое с эмоциональным состоянием человека. Поэтому деформации лица, лишение в связи с этим выразительных движений вызывают тяжелые изменения в сознании. Эстетический критерий в отношении своего тела присущ всякому нормальному человеку, но особую значимость он приобретает, когда касается лица. Человек, потерявший руку или ногу, страдает от того, что на него смотрят окружающие. Однако, как правило, это не сопровождается чувством отвращения к нему, что нередко наблюдается при обезображивающем повреждении лица. Эти люди становятся гиперсензитивными, подозрительными и чрезмерно обидчивыми. Они боятся выходить на улицу, так как могут привлечь внимание окружающих, или встречаться с людьми, знавшими их ранее. Они предпочитают длительное время оставаться в лечебном учреждении, стремятся уезжать и начинать жизнь в местах, где их :ранее не знали.

У ригидных личностей с наклонностью к длительной фиксации отрицательных эмоций возможны хронические расстройства настроения и стойкие изменения характера по типу патологического развития. У них можно наблюдать нарастание возбудимости, истеричности, астенических проявлений и нередко паранойяльную настроенность.

Правильный психотерапевтический подход может зна-

чительно облегчить страдания таких больных, помочь им создать новую жизненную доминанту. Это в большой мере относится к лицам, получившим тяжелые ожоги лица.

Психологические реакции на повреждение лица или на врожденные уродства возникают в определенном возрасте. Известно, что ребенок уже с 3 лет начинает пользоваться местоимением «я» вместо «он», выделяя себя из окружающей среды, что соответствует формированию у него аллопсихического самосознания. Однако в этом периоде он еще не дает реакции на обственный недостаток, так как не спосбен оценивать свою внешность.

Представления о собственном теле возникают к 7 годам: когда появляется способность отчетливо различать правую и левую сторону на себе и других, т. е. с периода формирования соматопсихического самосознания. Но и этому возрасту пока еще не свойственны вполне адекватные эмоциональные реакции на повреждения и уродства лица.

Примерно с 12 лет, в период биологического оживления подростковой сексуальности рождаются и новые человеческие взаимоотношения. По мере расширения контактов у подростков усложняются и их связи. Часто индивидуальные отношения в коллективах строятся не только в зависимости от характерологических особенностей, но и внешнего вида. Подростки становятся крайне чувствительны к разговорам по поводу внешности. Так, замечания относительно излишней полноты, «уродливого носа», «оттопыренных ушей», родимого пятна могут явиться причиной длительных и тяжелых переживаний, особенно если речь идет о дефектах лица. У них возникают стойкие навязчиво-фиксированные переживания о своей неполноценности. В связи с этим настроение становится пониженным, подростки ограничивают свои контакты, ищут способы устранения дефектов лица. В этих случаях речь идет о доминирующих или сверхценных идеях. Подростки крайне озабочены, охвачены своей ущербностью, преувеличивая значение имеющихся у них дефектов, воспринимают перспективу весьма трагически.

Смягчению или исчезновению сверхценных идей такого генеза могут способствовать психотерапевтические беседы, применение транквилизаторов. Нередко своевременное проведение косметических операций при наличии уродств значительно смягчает психогенные реакции.

Иногда у подростков возникают тяжелые переживания «мнимого» дефекта лица, что проявляется в форме бредовых идей физического недостатка (синдром дисморфофобии — дисморфомании). При этом, как привило, нормальная часть лица воспринимается измененной, уродливой.

Больному кажется, что все окружающие обращают на него внимание, специальными знаками или намеками дают ему понять, что он уродлив, отвратителен и т. п. Эти переживания сопровождаются тоскливым настроением. Больные постоянно рассматривают себя в зеркало, сравнивают себя с более ранними фотографиями (М. В. Коркина), активно добиваются устранения мнимого дефекта.

Однако пластические операции, проведенные по их настойчивым требованиям или требованиям индуцированных родственников, обычно не приносят больным никакого облегчения. Наоборот, они по-прежнему не удовлетворены своей внешностью, настаивают на повторных операциях, по бредовым соображениям жалуются в различные инстанции на хирургов, пытаются привлекать их к судебной ответственности за «недобросовестное исполнение своих обязанностей», иногда даже покушаются на их жизнь, утверждая, что они умышленно нанесли непоправимый ущерб здоровью, «отобрали» половую силу и т. п.

В пластической хирургии лица существуют свои психологические проблемы. Прибегать к пластическим операциям приходиться в тех случаях, когда хирург должен исправлять последствия тяжелых травм, ожогов или уродства различного происхождения. В предоперационном периоде больному необходимо проводить рациональную психотерапевтическую подготовку, готовить его не только к операции, но и «первому взгляду в зеркало после хирургического вмешательства». Это способствует устранению неадекватных эмоциональных реакций (разочарование, потрясение от увиденного и т. д.) после сравнения своего лица с прежним, когда оно было не повреждено или оказалось не соответствующим его представлениям, надеждам, мечтам, идеалам.

Существуют некоторые особенности поведения больных с повреждениями лица еще до пластической операции. Если вначале они часто боятся видеть свое отражение в зеркале, то позднее они чрезвычайно часто смотрятся в зеркало, пытаясь отыскать в нем хоть какую-то опору для своих надежд на улучшение (М. С. Лебединский).

Эти больные не только верят врачу, но терпеливо, настойчиво и длительно подвергаются лечению, постоянно готовы безропотно переносить множественные операции, даже если они болезненны и мучительны.

Несмотря на отмеченные особенности, у них всегда сохраняется склонность к бурным эмоциональным переживаниям как в период подготовки, так и в процессе пластических операций. В это время состояние больных характеризуется, с одной стороны, напряженно-мечтательным ожиданием положительных результатов от

исправления дефектов лица, с другой — постоянной тревогой за действия и надежность профессиональной подготовки хирурга, от которого зависят тончайшие манипуляции на каждом этапе сложных операций. Поэтому перед операцией больные угнетены, подавлены, испытывают огромное напряжение, тревогу, беспокойство, нарушения сна. В процессе операции все это необходимо учитывать, так как могут возникать невротические реакции в виде ознобоподобного тремора, подергиваний головы, выраженных вегетативных нарушений, обморочных состояний.

ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО С КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кожа, по мнению Р. Конечного и М. Боухала, представляет орган, который человек выставляет окружающим. Кожа имеет различное психологическое значение: служит границей между человеком и окружающей средой; органом контакта с окружающей средой; органом выражения волнения, опасения, страха, стыда; органом чувств, с помощью которого ощущается тепло, холод, боль, зуд, прикосновение, сексуальные импульсы и т. п.

Психологическая реакция больных с заболеваниями кожи обусловлена распространенностью заболевания, характером поражения (открытые участки, лицо, руки), влиянием на профессиональную деятельность (артисты, преподаватели, врачи), преморбидными особенностями больного.

Такие заболевания, как псориаз, экзема, нейродермит, справедливо относят к психосоматическим заболеваниям. Пониманию механизма формирования их способствуют работы П. К. Анохина. Как указывалось ранее, П. К. Анохин, критикуя термин «задержанные эмоции», подчеркивал, что задержать возникшую эмоциональную реакцию невозможно. При длительных отрицательных эмоциях происходит усиление какого-то вегетативного пути, в результате которого возникает гипертензионное состояние сосудов, спастическое состояние кишечника или дерматозы.

Установлена связь хронических кожных заболеваний с тяжелыми длительными психическими травмами. При возникновении заболевания обнаруживается характерный для психосоматических расстройств замкнутый круг. Болезнь способствует появлению эмоциональных реакций на окружающее, на ситуации, на болезнь, а они усиливают высыпания на коже.

У больных с поражением открытых частей тела, как правило, наблюдается гипернозогнозическая реакция на болезнь. Они испытывают чувство робости, стыдливости,

скованности, сверхценные идеи отношения при пребывании в общественных местах.

При хроническом течении таких заболеваний, как нейродермит, экзема, псориаз, закрепляются и усиливаются определенные черты характера: склонность давать истерические реакции, реакции тревоги и депрессии, появляются замкнутость, робость, сенситивность, неуверенность в себе.

Такие больные согласны на любые процедуры, лечебные мероприятия, чтобы избавиться от болезни. Длительное ожидание намеченной процедуры, откладывание ее, как правило, вызывает ухудшение состояния, так как эмоциональное напряжение, ожидание, необходимость сдерживать возникающие эмоции усиливают кожное заболевание.

У некоторых больных легко возникают раздражительность, взрывчатость, реакции протеста, оппозиция и другие патохарактерологические расстройства. В их возникновении определенную роль играет зуд, часто сопровождающий кожные заболевания, особенно беспокоящий больных по ночам и нарушающий сон.

Наиболее выраженные реакции на кожные заболевания наблюдаются у подростков, они дают депрессивные состояния, которые часто не соответствуют характеру поражения кожи, но воспринимаются ими как катастрофа, как «крушение всех планов и надежд».

Удаление татуировки представляет один из важных вопросов дерматологии и косметики. Обычно наносят себе татуировка молодые люди, подражая взрослым. В последующем она часто служит источником постоянной психической травмы, вызывая реакции стыда, огорчения, досады, а в ряде случаев сверхценных идей отношения: видят у меня татуировку, думают, что я сидел и тюрьме, и т. п.

В связи с тем что многие хронические кожные заболевания относятся к психосоматическим, в лечении их большую роль играет психотерапевтическое воздействие в сочетании с седативными препаратами, которые должны улучшать сон и смягчать имеющийся зуд.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ ДЕТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПАРАЛИЧАХ

В настоящее время к проблеме детского церебрального паралича привлечено большое внимание. Опыт показывает, что лечебно-восстановительная и коррекционно-компенсаторная работа с детьми наиболее эффективна в ранние периоды развития ребенка.

Даже легкие внутриутробные поражения и родовые травмы, которые с трудом диагностируются могут за-

труднять и искажать двигательное развитие ребенка, препятствовать своевременному развитию локомоторных актов и сложных двигательных навыков.

В генезе патологических реакций или патологического развития личности при детском церебральном параличе определенную роль играют психогенные факторы и «почва», вызванная органическим заболеванием.

Многие авторы в формировании аномальных черт характера большое значение придают условиям внешней среды и в первую очередь неправильному воспитанию, которые способствуют появлению эгоцентризма, себялюбия, повышенной требовательности. При чрезмерной нагрузке и требовательности к больному могут возникнуть неуверенность, нерешительность, чувство собственной неполноценности, а при изнеженности и гиперопеке — беспомощность, нерешительность, неуверенность в себе.

В ряде случаев у подростков и юношей наблюдаются аффективные расстройства в виде стертой депрессии, которая по своему характеру ближе всего стоит к невротической депрессии. Она формируется медленно и не сопровождается двигательной заторможенностью, часто не связана с основным заболеванием и психогенной реакцией на него (в высказываниях больных эта ситуация не находит отражения). У юношей без четких невротических симптомов постепенно нарастают подавленность, нарушение сна, иногда раздражительность и слезливость. Выявлению этой симптоматики могут способствовать психическая травма, пробуждающиеся сексуальные интересы: неудачи в учебе, невозможность из-за дефекта избрать интересующую профессию и т. д.

Роль медико-психологических мероприятий особенно велика при хронических соматических заболеваниях, когда дети вынуждены длительное время находиться в больницах. Работа врача и педагога в этих случаях направлена на то, чтобы болезнь не привела к задержке психического развития, психическому инфантилизму. Если само заболевание не вызывает остановки развития, то большая роль принадлежит правильному поведению родителей и коллективу больниц в создании условий для дальнейшего укрепления психического здоровья.

ОЛИГОФРЕНИЯ

Олигофрения — врожденное или рано приобретенное слабоумие, которое проявляется несовершенством сложных форм познавательной деятельности психических систем и ведет к большим затруднениям в социально-трудовой адаптации больных.

Наиболее характерно для олигофрении своеобразное

атипичное психическое развитие. Особенности психической деятельности сохраняются всю жизнь, но могут претерпевать изменения при целенаправленных занятиях в специальных учреждениях. Под влиянием правильно составленных программ в психической деятельности могут наступать значительные сдвиги, которые позволяют больным приспособиться к условиям социальной среды, обслуживать себя и выполнять определенные трудовые процессы.

Термин «олигофрен» предложил Э. Крепелин.

Олигофрения — группа заболеваний различной этиологии. В зарубежной литературе определение степеней олигофрении производится при помощи психометрических методов (Станфорд — Вине, Векслер), характеризующих соответствующий возрасту уровень интеллекта (при норме 100). Существуют различные данные о частоте умственной отсталости. Это зависит от того, что легкие степени умственной отсталости не всегда могут быть учтены. В зарубежной литературе широко используют термины «Mental subnormality» (умственная субнормальность), «Mental retardation, Mental deficiency* (умственная отсталость) для определения степеней умственной отсталости.

Понятие «handicapped children* имеет иной смысл и объединяет детей с различными увечьями или хроническими заболеваниями, у которых задержка умственного развития идет за счет тугоухости, глухоты, расстройств речи, зрения. Все они нуждаются в специальных формах образования и проведении терапевтической коррекции.

В связи с возможностью компенсации психического состояния при олигофрении уже в первые годы Советской власти были намечены перспективы развития вспомогательного обучения для этих больных (1918) и организованы первые курсы по подготовке работников по детской дефективности.

В последующие годы проводились мероприятия по улучшению деятельности учреждений для глухонемых, слепых и умственноотсталых детей и подростков, увеличению ассигнований и развитию воспитательной работы в них.

Для правильного обучения и воспитания больных с уродствами развития необходимо знать особенности и возможности детей с различными психическими нарушениями. Принято выделить три степени олигофрении: идиотия, имбецильность и дебильность.

Идиотия — от латинского слова idiot, т. е. невежда, неуч, не способный к обучению. Имбецильность—от латинского слова imbecullitas, которое обозначает беспомощность, недостаток энергии.

Дебильность — от латинского слова debilitas, т. е. хи-

лость, немощность. За основу деления различные авторы брали отдельные качества психической деятельности, например развитие внимания, желаний, отношение к школе, степень социальной пригодности и т. д.

Идиотам недоступна жизнедеятельность без посторонней помощи и целенаправленная деятельность. У них отсутствуют речевые и эмоциональные контакты.

Имбецилы понимают речь окружающих, сами могут произносить короткие фразы. Для них характерно примитивное и конкретное мышление. Поведение обусловлено инстинктами. Их можно вовлекать в трудовые процессы, используя подражательный рефлекс.

В период обучения имбецилы могут совершать простейшие счетные операции, приобретать определенный-запас знаний для самообслуживания и выполнения трудовых процессов. Процесс этот длительный и основан на постепенном усложнении заданий. У имбецилов, как правило, наблюдается недостаточное развитие моторики и речи, в связи с чем большую роль приобретают занятия ритмикой, музыкой, гимнастикой, хоровым пением и танцами.

Дебильность — наиболее легкая степень олигофрении. Дебилы достаточно хорошо ориентируются в житейских ситуациях, кончают вспомогательную, а при легких степенях — и общеобразовательную школу. У них словарный запас значительный, но речь отличается незрелостью, однообразием. Абстрактные понятия им недоступны. Они тугоподвижны и малосообразительны, способны на эмоциональные реакции. Моторика более развита, чем у имбецилов, хотя они с трудом выполняют мелкие и точные операции. Особенности моторики сказываются на походке и рисунках больных. Процессы обучения носят еще более дифференцированный характер, чем при имбецильности, но построены также на многочисленных повторениях, наглядности и образности. Большое значение имеют занятия ритмикой и гимнастикой, а также музыкальные упражнения.

Одним из основных признаков олигофрении является отсутствие усложнения симптоматики (прогредиентность). В процессе обучения и воспитания у больных олигофренией не только накапливается запас знаний и навыков, но происходит определенное развитие процессов отвлечения и обобщения, улучшение моторных функций.

Порой при олигофрении наблюдается как бы обратная динамика: ухудшается речь, обостряются проявления болезни, утрачиваются приобретенные навыки. Причиной могут быть различные дополнительные вредные факторы: соматические и инфекционные заболевания, чрезмерные умственные и физические нагрузки и т. д. Обучение

олигофренов в массовых школах может резко ухудшить их возможности и вызвать декомпенсацию состояния. Школьный врач и педиатр должны объяснять родителям, что обучение во вспомогательной школе по облегченной программе позволяет достичь больших успехов, чем в массовой, но с меньшим риском для здоровья.

Перевод из массовой школы всегда представляет большую травму для ребенка, чем начало обучения сразу в специальной школе.

Чрезвычайно важна дифференциация олигофрении от состояния педагогической запущенности и астенических состояний после перенесенной инфекции, черепно-мозговой травмы или соматического заболевания. Эти дети нуждаются в обучении в специальных классах и школах с санаторным режимом. Помещение их во вспомогательные школы может принести вред дальнейшему развитию ребенка.

Значительные трудности при дифференцировании указанных состояний возникают в первом классе, когда надо решить, вызвала ли школьная нагрузка декомпенсацию у больного олигофренией или имеется астеническое состояние, связанное с внешними вредными факторами.

Решение о переводе во вспомогательную школу может быть принято после обследования в стационаре.

Врачу приходится сочетать обучение с воспитанием. Участие врача в педагогическом процессе имеет большое значение не только в специальных учреждениях для больных детей, но и в школах для здоровых. Школьный врач должен анализировать причины неуспеваемости учащихся, заниматься вопросами целесообразной учебной нагрузки, переводом в специальные школы, а также направлением на специальное лечение. Врач обязан внимательно изучать поведение трудных детей в школе, выявлять аномалии характера, психопатоподобные состояния и проводить соответствующее лечение. Нередко у детей младшего школьного возраста астеническая симптоматика, возникшая после перенесенных соматических заболеваний, травм мозга или психотравмирующих ситуаций, может проявляться неправильным поведением. Дети, ранее спокойные и дисциплинированные, начинают на уроках «вертеться», вскакивать, вскрикивать, задирают товарищей, грубят учителям и др. Меры наказания только утяжеляют конфликтную ситуацию и могут привести к уходу из школы, из дома, бродяжничеству и другим реакциям протеста. Поэтому необходимо организовать наблюдение за такими лицами и проводить терапевтические мероприятия.

Глава XIII

ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Люди покорили космос, построили сверхзвуковые, управляемые машины, счетно-решающие устройства, но, несмотря на эти колоссальные успехи науки и техники, в умах людей остаются еще предрассудки, связанные с представлением о психических заболеваниях. Многие столетия психические больные находились в тюрьмах, монастырях, их лечили монахи, знахари, жрецы. Их приковывали цепями, содержали в подвалах, сжигали. После Великой французской революции Ф. Пинель «возвел сумасшедшего в ранг больного»,— писал Н. Н. Баженов (один из прогрессивных русских психиатров).

Во всех странах с тех пор происходит перестройка психиатрических учреждений, и они из «полутюремных домов для умалишенных» стали постепенно превращаться в больницы, приближающиеся к соматическим.

Но предрассудки живучи, и хотя реформа Ф. Пинеля была настоящей революцией в отношении психически больных, во взглядах эти изменения происходили значительно медленнее и общество продолжало испытывать страх перед психическими болезнями и психическими больными. Через 100 лет после снятия цепей с душевнобольных Ф. Пинелем во многих странах Западной Европы еще существовали и цепи, и смирительные рубашки, и изоляторы.

В нашей стране движение против мер стеснения в психиатрических больницах возглавил крупнейший русский психиатр С. С. Корсаков.

Достижения медицины и психофармакологии дали возможность не только снять решетки с окон психиатрических больниц, но и открыть двери, создать уют в палатах, сделать их похожими на палаты для больных с общесоматическими заболеваниями, дать больным с тяжелыми, хроническими психическими заболеваниями возможность жить дома, в своей семье, работать вместе со здоровыми. Но предрассудки живучи и до сих пор, к сожалению, приходится часто обнаруживать больного с серьезным психическим заболеванием, который остается многие годы без лечения из-за ложного стыда перед обращением к психиатру, из-за «жалости» родственников к нему, из-за нежелания отдать его в «сумасшедший дом», который, кстати, в настоящее время мало напоминает прежние лечебные учреждения. Психически больные остаются без лечения подчас не в глухих, «медвежьих» углах, а в семьях образованных, культурных людей, которые из-за стыда и страха подвергают жизнь таких больных опасности и лишают возможности вернуться к полноценной деятельности.

Несмотря на значительные достижения медицины и психиатрии, в населении, и не только в населении, но и среди студентов-медиков, сохраняются предрассудки о психиатрических больницах, психических болезнях и о позоре, который сопровождает обращение к психиатру.

Проблема психического здоровья волнует психиатров всех стран мира и большая роль в развитии психиатрии и правильном отношении к ней принадлежит борьбе с еще существующими предрассудками, предубеждениями и устаревшими взглядами.

В 1963 г. крупнейший советский психиатр О. В. Кербиков (1907—1965) писал: «Еще недавно на психические

болезни смотрели как на что-то таинственное и вместе с тем безнадежное. Да сами психиатры в глазах широкой публики люди со «странностями», готовыми у всех окружающих находить признаки психической ненормальности» [1].

Перед психиатром жизнь часто ставит много вопросов, которые тесно переплетаются с социально-политическими проблемами и судебно-правовыми сторонами деятельности того или иного человека.

При изучении психических заболеваний перед врачом неизбежно возникает вопрос о состоянии сознания больного в период нарушения психической деятельности.

С. С. Корсаков отмечал, что далеко не у всех душевнобольных сознание помрачено. Есть значительная часть больных, у которых сознание вполне ясно; они могут отдавать себе отчет в окружающем, как и обыкновенный бодрствующий человек. «Правда, в очень многих случаях такого ясного сознания все-таки наблюдаются некоторые недостатки его, но эти недостатки не носят характера общей недостаточности сознательности, а недостаточности частичной. Одно из частых проявлений такого рода есть „неосознавание больными своей болезни"» [2]. В связи с этим оценка состояния сознания при психических заболеваниях будет неполной без учета «сознания болезни».

Е. К. Краснушкин писал, что «коренным отличием психики соматически больного от психически больного является наличие сознания болезни у первого и отсутствие у второго. При истинных психозах сознание болезни может сохраняться обычно при легких проявлениях их или только в самом начале заболевания» [3].

Е. К. Краснушкин подчеркивал, что при психических заболеваниях отсутствие сознания болезни обусловлено разными причинами. Так, при прогрессивном параличе — это следствие нарастающей слабости интеллекта, поражающей в первую очередь критическую самооценку больного, при маниакальном состоянии маниакально-депрессивного психоза — повышенный тонус всей психической и физической сферы личности, в далеко зашедших стадиях шизофрении — так называемая эмоциональная тупость.

Если перед врачом-терапевтом или другим специалистом только при проведении экспертизы (трудовой и

[1] Кербиков О. В. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971, с. 291.
[2] Корсаков С. С. Избранные произведения — М.: Медгиз, 1954, с. 90.
[3] Краснушкин Е. К. Избранны труды. — М.: Медицина, 1960, с. 489.

военной) ставится вопрос о том, болен человек или здоров, то перед психиатром этот вопрос возникает значительно чаще.

От ответа на него зависит поведение окружающих больного людей, врача, решение о насильственной госпитализации, об ответственности за совершенное правонарушение, о принудительном лечении и др.

В связи с особенностями проявления ряда психических расстройств, например, паранойяльного бреда ревности, изобретательства, любовного бреда и др., могут возникнуть большие трудности в оценке состояния, которые и влекут за собой решение не менее сложных вопросов: болен или не болен, если болен, то нуждается ли в насильственном стационировании, возможно ли лекарственными средствами вмешиваться во взгляды больного на происходящие события, особенно в тех случаях, когда не удается сразу с определенностью доказать, что высказывания больного носят бредовый характер. Указанные вопросы приобретают еще большую значимость в тех случаях, когда человек не считает себя больным, а его близкие не замечают неадекватных поступков и высказываний. Родственники больного могут недооценивать должным образом психическое заболевание по ряду причин.

Иногда это происходит вследствие недостаточного образования и низкого культурного уровня. У этих лиц отсутствуют представления о психических заболеваниях, и поэтому они не дают правильной оценки высказываниям и поведению больного. Разъяснительная работа на доступном для них уровне может привести к желаемым результатам, родственники научатся правильно оценивать состояние и помогать лечению больного.

Более сложная ситуация возникает, если родственники не понимают психического состояния своих близких. В этих случаях вся лечебная помощь больному наряду с выдачей лекарств, контролем за их приемом и др. осуществляется работниками диспансера. Успех лечения в большей мере зависит от того, насколько хороший контакт устанавливается у больного с врачом и медицинской сестрой.

У родственников при сообщении им о болезни близких людей иногда отмечается реакция протеста или «отрицания болезни». Они игнорируют сам факт болезни, возмущаются, жалуются на врачей, если больной помещен в больницу, настаивают на выписке домой, протестуют против лечения, обращаются в различные инстанции и т. д. Нередко врачебные разъяснения о тяжелых последствиях или опасности заболевания приводят только к обратным результатам, требованиям немедленной выписки из стационара. И, наоборот, беседы успокаивающие,

смягчающие последствия и опасность заболевания изменяют отношение и поведение родственников. Врачу приходится говорить родственникам: «Хорошо, мы не настаиваем, что у больного опасное психическое заболевание, но вы видите, что у него расстроены нервы, он не спит, не может работать, тревожен, плаксив. Эти расстройства необходимо лечить, восстанавливать истощенную нервную систему, а когда наступит некоторое улучшение, мы будем решать вопрос о диагнозе и дальнейшем лечении». При такой постановке вопроса удается достичь желаемых результатов и получить согласие родственников на продолжение лечения.

Порой больные скрывают болезненные проявления (диссимуляция), родственники не видят депрессии и опасности суицидальных тенденций и, не оценивая состояния больных, начинают убеждать врача: «Она это никогда не сделает, она такая хорошая мать». В этих случаях вопрос о выписке решается исходя из социальной опасности больного. Депрессивный больной представляет опасность не только для себя, так как способен совершить самоубийство, но и для своих близких (детей, престарелых родителей) — может совершить расширенное самоубийство.

Поучителен в этом отношении следующий случай.

Муж, вернувшись из командировки, узнал, что его жена госпитализирована в психиатрическую больницу. В течение 2 нед он добивался ее выписки. Взял отпуск, чтобы дома ухаживать за ней. За это время состояние жены несколько улучшилось и, уступив настойчивым требованиям мужа, врач выписал больную на его попечение.

На следующий день жена попросила мужа сходить на рынок за свежими фруктами. За время отсутствия мужа она зарезала 7-летнюю дочь и себя.

Это типичное расширенное самоубийство. У больной была депрессия с идеями греховности, самообвинения, чтобы избавиться от «мучений», которые «ждали ее и дочь», она совершила это общественно опасное действие

Реакции отрицания болезни, протеста и оппозиции могут наблюдаться у подростков и юношей при внезапном заболевании одного из родителей, особенно если госпитализация была насильственной в их присутствии. В этих случаях в работе с подростками большое значение имеют длительные психотерапевтические беседы. Помощь врачам диспансера могут оказать учителя, товарищи, родственники. Через них иногда удается воздействовать на состояние подростка, разъяснить причины болезни их близкого, добиться желаемых результатов.

Среди родственников больных встречаются и такие, которые сами обнаруживают расстройства мышления и паранойяльную настроенность.

При сообщении о болезни близких они не только

доказывают обратное, но и собирают факты, находят свидетелей, которые, по их мнению, могут подтверждать психическое здоровье родственника, они обращаются в административные органы с жалобами на врачей, подчеркивая при этом, что родственника умышленно «делают сумасшедшим», хотят «упрятать» в психиатрическую больницу.

Это неправильное поведение и толкование состояния здоровья может быть обусловлено острой психогенной реакцией (чаще истерической) или обострением психического заболевания (шизофрении), которое протекало без грубых признаков болезни. В связи с этим иногда приходится прибегать к госпитализации и родственников больных в психиатрические больницы.

Приведем пример.

Больная А., 53 лет, машинистка. В 19 лет пережила психическую травму — гибель жениха. Вскоре сошлась с начальником по работе, чтобы иметь ребенка. Однако после рождения ребенка никогда с ним не встречалась, поменяла работу, квартиру, одна воспитывала сына. С работой справлялась, была исполнительной, требовательной, но формальной и малообщительной, не понимала шуток. Не ходила в гости к родным и сослуживцам, никого к себе не приглашала. В квартире конфликтовала с соседкой, считала, что она за ней следит и доносит ее руководству. Получила новую квартиру, расположенную далеко от работы, долго сомневалась в том, стоит ли переезжать. Сын больной начал оборудовать квартиру, покупать вещи. Постепенно А. стала тревожной, подавленной, еще более подозрительной, ничем не могла заниматься, испытывала неприятные ощущения в области сердца (сердцебиение, «замирание»), лечилась у терапевтов с диагнозом вегетососудистой дистонии. Целые дни лежала в постели, не ела, так как не могла выйти на кухню из-за соседки. Особенно тягостное состояние было утром. В поликлинике казалось, что все на нее смотрят. Направление к психиатру восприняла как козни соседки.

Сын, узнав, что А. направляют в психиатрическую больницу, стал уговаривать мать не ложиться туда, доказывая, что она здоровая. В приемном отделении сын больной А. внезапно проявил возбуждение, бросился бежать по территории, кричал матери, что им угрожает опасность, что это специально подстроено, что началась «проверка». Был госпитализирован. В последующем выявилось, что у него уже около года нарастала психопатологическая симптоматика с идеями преследования, воздействия, синдромом Кандинского — Клерамбо.

По-видимому, изменения стереотипа (переезд на новую квартиру, переживания болезни матери с необходимостью ее госпитализации) способствовали обострению процессуального заболевания с расстройствами поведения.

Перед врачом общего профиля во время контакта с психически больным возникает ряд задач, прежде всего связанных с выявлением симптомов заболевания, умение их правильно оценить и убедить пациента обратиться за помощью к психиатру.

В поликлинике или соматическом стационаре могут оказаться больные с проявлениями различных фобий, сверхценных идей, жалоб ипохондрического характера.

Поведение и тактика врача при этом должны быть различны.

Ипохондрические жалобы бывают ведущими у больных при циркулярной и невротической депрессии. Эти больные часто свое подавленное настроение склонны объяснить плохим физическим состоянием. Целенаправленная беседа со стремлением выявить суточные колебания настроения, сезонность расстройств, связь их с ситуацией, особенности вегетативных нарушений помогают правильной квалификации этих симптомов. Так, ранние утренние пробуждения с «невыносимой тоской» характерны для циркулярной депрессии, а пробуждение с большим трудом, сопровождающимся слабостью и разбитостью,— для невротической депрессии. При циркулярной депрессии, как правило, наблюдается повышение артериального давления, при невротической — гипотония. У больного с циркулярной депрессией глаза «сухие», при невротической — выраженная слезливость.

Правильная оценка депрессивного состояния способствует профилактике суицидов. Если при невротической депрессии угроза самоубийства невелика, то при циркулярной депрессии суицидальные мысли и тенденции возникают довольно часто, в связи с чем необходимо госпитализировать больного, так как в домашних условиях «самоубийство непредотвратимо».

Резкое похудание больных циркулярной депрессией и тревога в связи с этим могут направить исследование по ложному пути, создать условия для возникновения канцерофобии. Этому часто способствуют сложные, болезненные, неприятные процедуры обследования, проводимые без учета психического состояния больного. Так, резкое похудание может навести врача на мысль о новообразовании, отсутствие менструации — о беременности или гинекологических заболеваниях, «предсердечная тоска» и неприятные ощущения в области сердца — об инфаркте миокарда.

Больной В., 53 лет, хирург, был госпитализирован в терапевтическое отделение с подозрением на инфаркт миокарда. Диагноз не подтвердился, был выписан на работу. На следующий день рано утром пришел в операционную и нанес себе скальпелем тяжелое ранение в область сердца. Был вскоре обнаружен операционной медицинской сестрой, срочно оперирован и спасен.

В последующем он сообщил, что всю жизнь ему были свойственны колебания настроения. В 50 лет около месяца было состояние слабости, вялости, подавленности, но это совпало с отпуском и сослуживцы об этом не знали.

Незадолго до госпитализации в терапевтический стационар начали нарастать подавленность, неприятные ощущения в области сердца, боли за грудиной, сердцебиение. Наблюдались повышения артериального давления. Нарушился сон. В таком состоянии был госпитализирован. В отделении его окружали сослуживцы, проводили обследования, успока-

ивали, что он здоров. Жалобам не придавали значения, не обращали внимания на то, что похудел он на 10 кг. Никто с ним серьезно не разговаривал, не расспрашивал о состоянии, о настроении. Между тем он просыпался рано, «пересматривал» свою жизнь. Вспоминает, что «все хлопали по плечу, советовали не хандрить, шутили и уходили». Затем почувствовал, что окружающие относятся к нему недоброжелательно, считают симулянтом. Настоял на выписке, но чувствовал, что работать не может. Не видел выхода и совершил суицидальную попытку.

В этом наблюдении вегетативно-сосудистые нарушения, характерные для циркулярной депрессии, были приняты врачами за соматические расстройства.

Никто не собрал у больного подробный анамнез, не расспросил о состоянии. На циркулярную депрессию указывали подавленность, ранние пробуждения, похудание, такие вегетативные симптомы, как сердцебиение, повышение артериального давления, «предсердечная тоска». Если бы эти характерные особенности были вовремя выявлены и правильно оценены, то можно бы предотвратить суицидальную попытку.

Неправильная, ошибочная трактовка состояния больного ведет к неправильным дальнейшим действиям. Больных направляют на обследование в непрофильные стационары. Часто при детальном обследовании и соматическом лечении не наступает улучшения самочувствия. Наоборот, больной только убеждается в своей неизлечимости, при этом депрессия может углубляться и привести к отчаянию и суицидальным действиям, которые в условиях соматической больницы непредотвратимы.

В некоторых районах нашей страны иногда еще встречаются такие истерические расстройства, как одержимость «икоткой». «Икотка» — это имя живого существа, которое якобы по злой воле может вселяться в человека в виде мухи, комара, ящерицы, женщины, жить в нем и разговаривать его языком (И. И. Лукомский, М. Д. Урюпина, В. В. Медведева). Обычно это заболевание возникает у лиц с недостаточным культурным уровнем, в местах, где господствуют суеверия. Здесь большое значение имеет характер внушения, самовнушения и подражания. Возникновению заболевания способствуют астенизирующие факторы (психогении, алкоголизм, соматические страдания).

Врач должен отказаться от неправильного отношения к истерии, не смотреть на истерическое расстройство как на притворство, не требовать, чтобы больной перестал вести себя подобным образом.

Истерическая реакция — это одна из форм (часто наименее приятная для окружающих) болезненного реагирования на внешние вредности, требующая соответствующего подхода, оценки и лечения.

Если помещение больного с истерическими расстрой-

ствами в общесоматический стационар в ряде случаев может способствовать фиксации отдельных симптомов (а при правильном подходе врача оказать и терапевтический эффект), то при ипохондрических (канцерофобических и др.) состояниях госпитализация, как правило, приводит к ухудшению самочувствия и нарастанию страхов. Вид тяжелых, умирающих больных, разговоры о болезни, обследования и лечебные мероприятия усиливают беспокойство и озабоченность за свое здоровье: больной не может спать, мечется в тревоге и страхе, требует дежурного врача, не отходит от медицинской сестры, так как каждую минуту боится умереть. В этих случаях больной нуждается в незамедлительной консультации психиатра, и чем быстрее это будет сделано, тем быстрее он получит облегчение.

При разговоре с таким больным необходимо помнить, что он должен слышать от врача убедительный ответ, что болезнь его не является опасной, что его жизни ничто не угрожает. В подтверждение этих слов врачу необходимо привести понятные больному аргументы своих доказательств. Никаких расплывчатых и неопределенных формулировок больной слышать не должен. Даже если болен врач-коллега, то разговор с ним должен вестись как с больным, а все профессиональные разговоры и обсуждения диагностических сомнений откладываются до выздоровления. Во время болезни меняется психология человека, в его сознании доминируют мысли о болезни, всегда аффективно насыщенные. В связи с этим большинство людей в той или иной степени утрачивают способность правильно оценивать сложившуюся ситуацию.

Если больной с ипохондрической фобией надеется услышать от врача, что болезнь его не смертельна, не опасна, то больной с истерическими расстройствами «желает» слышать, что он болен. Утверждение врача, что он здоров и должен «взять себя в руки», вызывает у него реакцию протеста, выражающуюся обычно в утяжелении вегетативных, соматических симптомов.

Перед врачом общего профиля (терапевт, хирург) стоит серьезная задача обоснования больному необходимости консультации с психиатром. При этом целесообразно сделать акцент на том, что соматическая болезнь ослабила нервную систему, в связи с чем появились нервные расстройства, такие, как нарушение сна, исчезновение аппетита, слезливость, раздражительность, тревоги и страхи и др., которые в свою очередь оказывают отрицательное влияние на течение соматической болезни и для успеха лечения необходимы совместные усилия и помощь специалиста другого профиля. Больной должен понять, что иногда житейские неурядицы, нервное пере-

напряжение, переутомление могут вызвать болезнь, которая обусловлена психогенными факторами, а проявляется соматическими расстройствами, и для правильной оценки этих расстройств и лечения необходима консультация психиатра.

У больного с психопатоподобным поведением, которое нередко наблюдается при таких хронических соматических заболеваниях, как туберкулез, язвенная болезнь и др., имеется склонность к эксплозивным реакциям и грубым конфликтам. Он не должен воспринимать консультацию психиатра как наказание, что, к сожалению, еще имеет место в стационарах. Врачи и медицинский персонал, утомленные необоснованными жалобами, раздражительностью и угрозами больного в их адрес, нередко принимают решение показать его психиатру, «пусть разберется». Эта консультация, как правило, не дает желаемого результата и вместо пользы для больного приносит ему вред, так как в дальнейшем на длительное время формируется протест против любой психиатрической помощи, часто необходимой для реабилитации больного. Наблюдаются случаи, когда по соматическому состоянию больной мог бы продолжать свою трудовую деятельность, но фиксированные невротические симптомы и изменения характера, возникшие на почве длительной соматической болезни, делают его нетрудоспособным еще на многие месяцы.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Остро возникшее психотическое состояние, обусловленное соматическим или иным заболеванием, как правило, сопровождается изменением сознания и такими продуктивными симптомами, как галлюцинации, бред, изменение поведения, нарушение ориентировки в окружающем. Под влиянием этих расстройств больной может испытывать страхи, совершать неправильные поступки, стремиться куда-то бежать, от кого-то защищаться. В этом состоянии больной становится опасным для себя и окружающих, поэтому необходима срочная консультация психиатра, а до его прихода требуется индивидуальный уход с постоянным неослабным вниманием за поведением больного.

Острые психозы, особенно интоксикационной природы, как правило, имеют свои предвестники, знание которых дает возможность своевременно распознавать болезнь и начать лечение.

В терапевтическом, инфекционном и хирургическом отделениях можно наблюдать острое психотическое со-

стояние с делириозным помрачением сознания, которое нередко возникает у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Предвестниками делириозного помрачения сознания могут быть расстройства сна, тревожное настроение, понижение порога ко всем раздражителям. Больные предъявляют жалобы на то, что им неудобно лежать, раздражает прикосновение белья, мешает свет. У некоторых перед засыпанием появляются наплывы необычных картин. Они говорят, что стоит только закрыть глаза, как появляются какие-то «рожи», страшные фигуры и др., вследствие чего больной боится закрыть глаза и уснуть, а если и засыпает, то сон у него поверхностный, с обилием неприятных сновидений. Часто больной утрачивает четкую границу сновидений и событий, происходящих наяву. Если врачу удается выявить эти симптомы, то он может путем назначения соответствующей терапии смягчить или даже предупредить развитие продуктивных расстройств, предотвратить опасные последствия заболевания.

Надо помнить, что не каждый больной склонен рассказать о своем состоянии, поэтому врач должен активно об этом расспрашивать, интересоваться характером сна, переживаний, содержанием сновидений.

Первая встреча больного с психиатром происходит в психиатрическом диспансере, в который больной обращается по направлению терапевта или невропатолога, а также после пребывания в психиатрической больнице.

От первого посещения диспансера зависит многое в дальнейшем отношении больного к врачам-специалистам. Надо всегда учитывать, что больной находится в состоянии тревожного ожидания и страха перед «сумасшествием», испытывает стыд, что его направили в больницу для «умалишенных», что он «ненормальный».

Необходимо, чтобы больной с первого посещения понял, что лечение в диспансере или больнице не влечет само по себе лишение каких-либо прав и трудоспособности, не ставит больного вне общества и вне коллектива. Больной может принимать лекарства и оставаться дома, получать лечение, приходя в дневной стационар, и возвращаться вечером домой в семью. Только больные, опасные для себя и окружающих, нуждаются в немедленной и обязательной госпитализации в психиатрическую больницу.

При госпитализации следует придерживаться принципа «не обманывать больного», а приложить все усилия к тому, чтобы уговорить его. Только в исключительных случаях, когда врачу становится ясно, что у больного имеется состояние измененного сознания (сумеречное, делириозное), агрессивное поведение и др., можно пойти на госпитализацию с принуждением.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА С БОЛЬНЫМИ АЛКОГОЛИЗМОМ [1]

Работа с больными, страдающими алкоголизмом, вызывает большие затруднения. Это происходит прежде всего потому, что в населении еще живучи предрассудки о безвредном действии спиртных напитков на человека, что лечение от этого порока не приносит желаемых результатов, а в ряде случаев даже будто бы «разрушает организм». В связи с этим большое значение приобретают профилактические мероприятия и прежде всего просветительная работа среди населения, на что направлено постановление Совета Министров СССР «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма» (1972).

Часто приходится сталкиваться с тем, что даже образованные люди не представляют, какие опасности таят в себе систематические приемы спиртного, не знают о существовании так называемого абстинентного синдрома, который возникает не по «доброй воле» пьющего, а как результат психической и физической зависимости человека от алкоголя.

Границы между бытовым пьянством и хроническим алкоголизмом крайне расплывчаты, и поэтому трудно уловить тот момент, когда приемы алкоголя из вредной привычки переходят в болезнь.

Как показывают современные исследования, на ранних этапах развития алкогольной болезни не отмечаются психические расстройства, нет и синдрома похмелья, который считается формальным признаком хронического алкоголизма. Однако при тщательном обследовании у многих больных уже в этом периоде обнаруживаются сердечно-сосудистые нарушения и, в особенности, изменения в органах пищеварения (гепатиты, панкреаты, язвенная болезнь, колиты и др.). К сожалению, эти изменения врачи-интернисты не всегда связывают с регулярным употреблением алкоголя. При внимательном расспросе у таких больных удается отметить и некоторые астенические симптомы, которые могут удерживаться в течение ряда дней после приема алкоголя. Если алкоголь употребляется не систематически и не длительное время, то психические нарушения еще не приобретают выраженный характер, они возникают лишь на более поздних стадиях заболевания, когда формируется похмельный синдром.

Несмотря на массивную соматическую патологию, больные почти не предъявляют жалоб. Они отрицают объективные признаки болезни, ссылаются на авторитеты врачей, -у которых они в прошлом наблюдались, на свое хорошее и превосходное самочувствие (явления соматической анозогнозии).

Довольно отчетливые астенические симптомы они объясняют второстепенными причинами: неурядицами на службе, в семье, перегрузками в работе и т. д.

Кроме астенических проявлений, наблюдаются еще и заострения характерологических черт. В семье и на работе часто возникают конфликты; больные становятся капризными, вздорными, несговорчивыми. У них снижается работоспособность, в чем они часто обвиняют своих близких, заявляя, что им не создают необходимых условий.

Отмеченные изменения в этом периоде сопровождаются явными признаками хронической алкогольной интоксикации с обильными вегетативными расстройствами. Сформировавшийся синдром похмелья больные обычно отрицают, так как не считают себя «алкоголиками». В запущенных стадиях болезни возникают значительные трудности в госпитализации и лечении этих лиц в связи с тем, что они отрицают или игнорируют не только соматические, но и психические нарушения. Отказ от воздержания потребления спиртных напитков или от проведения лечебно-реабилитационных мероприятий ведет к дальнейшему углублению аффективных и личностных расстройств. Больные постоянно мрачны, подавлены, всем недовольны или беспечны, эйфоричны. Появляются легкость в оценке своего состояния и ситуации, случаи асоциального поведения, частые запои с частичной или полной утратой трудоспособности, острые или затяжные алкогольные психозы, особенно после хирургических вмешательств или во время различных инфекционных и соматических заболеваний. Вот почему перед каждым врачом возникает безотлагательная необходимость в раннем выявлении, профилактике и лечении лиц, злоупотребляющих алкоголем.

ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО ШИЗОФРЕНИЕЙ

Шизофрения — одно из наиболее распространенных психических заболеваний.

Картина шизофрении крайне полиморфна, поэтому поведение врача зависит от того, какие клинические симптомы преобладают. Поведение больного, его реакция на происходящие события, на свое состояние зависят от особенностей психической деятельности на различных этапах развития болезни. С одной стороны, изменение психической деятельности характеризуется такими продуктивными психотическими симптомами, как бред, галлюцинации, кататонические и аффективные нарушения, с другой — негативными, указывающими на более или менее выраженный дефект, недостаточность психических функций.

У больных шизофренией может наблюдаться такое расстройство ассоциативной деятельности, когда они не могут (независимо от их старания) собрать свои мысли для последовательного изложения жалоб. Больные при этом производят впечатление рассеянных, бестолковых, отвлеченных своими переживаниями. У них может наблюдаться ощущение измененности (неприятной или страшной) собственного «я» или окружающего мира, или взаимоотношений между «я» и миром (деперсонализация, дереализация).

Часто явления деперсонализации лежат в основе кардиофобии. Ощущение измененности, возникшее внезапно, нередко сопровождается сердцебиением, дурнотой, потливостью, жалобами на страх «за сердце». Эту конкретную жалобу больному легче высказать, чем сообщить врачу об ощущении измененности и отчуждения. Ощущение измененности обычно характерно для начальных этапов развития болезни. В дальнейшем чаще всего развивается аутизм: больной отгораживается от окружающего мира, психическая деятельность обедняется, суживается круг интересов, вырабатывается свое мировоззрение, на которое трудно влиять окружающим. Речь таких больных часто становится не вполне понятной. Это происходит из-за нарушения процесса мышления, утрачивается единство мысли и опыта. Иногда проявляется своеобразная формальность мышления. Так, больная при повторном поступлении в больницу утверждала, что она никогда в этой больнице не лечилась. Никакие доводы не действовали. Затем она объяснила врачу: «Вы сами говорили мне, что я так хорошо поправилась, что могу забыть о своей болезни, вот я и забыла».

При непрерывно протекающей шизофрении вначале может наблюдаться аффективная неадекватность, недоброжелательность, сменяющиеся восторженностью, обожанием, иногда глухой тревогой, недовольством окружающими. Эти расстройства часто проходят незамеченными. Под наблюдение врача-психиатра больные попадают лишь тогда, когда наступают эмоциональное обеднение, эмоциональное снижение, холодность и безразличие к близким.

Указанные особенности психической деятельности часто сопровождаются продуктивными симптомами, на которые в первую очередь обращают внимание врачи общего профиля.

Из терапевтического отделения (стационара) в психиатрический диспансер (больницу) могут быть направлены больные с неврозоподобными, ипохондрическими или депрессивными состояниями. Картина болезни у таких больных довольно часто вызывает диагностические затруднения. Для уточнения диагноза и последующего лечения

необходима госпитализация. Это положение и должно развиваться, и аргументироваться при направлении больных в психиатрическую больницу.

У больных шизофренией уже в самом начале болезни может выявиться пассивная подчиняемость. Больной, сопротивляющийся на словах во время госпитализации, затем по указанию врача идет в отделение, пассивно подчиняется и выполняет все назначения.

При выраженных изменениях мышления и патологической оценке происходящих событий госпитализированный больной иногда отказывается беседовать с врачом, мотивируя тем, что «он не болен и во враче не нуждается», или не принимает больничную пищу и лекарства. Такие больные обычно обращаются к студентам с просьбами позвонить родственникам и сообщить им, что случайно оказались в психиатрической больнице. Они обращаются в административные органы, прокуратуру с просьбой разобрать и решить вопрос о выписке. Часто у этих больных наблюдается нарушение так называемой единой линии поведения. Они возмущаются тем, что их госпитализировали, но, считая себя здоровыми, без сопротивления принимают лекарства; отказываясь разговаривать с одним врачом, вступают в контакт с другим; отказываясь от больничной пищи, мотивируя тем, что она им как здоровым не положена, употребляют принесенные из дома продукты, или наоборот.

Большие сложности, особенно у студентов, возникают во время бесед с больными, имеющими бредовые состояния. Прежде всего необходимо помнить древнюю пословицу о том, что «сто мудрецов не переубедят безумного», поэтому не следует говорить с больным о правомерности и достоверности его утверждений. Правда, в настоящее время в связи с широким применением психотропных средств иногда удается врачу обсуждать с больным его бредовые высказывания. Это может сделать не каждый врач, а тот, у которого с больными налажен давний хороший контакт.

Приведем пример.

Больная К. с параноидной шизофренией жалуется на то, «что милиция ее преследует и мешает выйти замуж». Подробно рассказывает врачу и всем окружающим на работе о «кознях ее врагов». Постепенно в процессе лечения она все меньше и меньше говорит об этом окружающим, но врачу высказывает бредовые идеи преследования. Сама говорит врачу: «Я теперь никому, кроме вас, об этом не рассказываю, а то будут считать меня сумасшедшей». «Вы считаете, что это бред, а это все происходит на самом деле, но я стараюсь никому не говорить и вида не показывать».

Паранойяльный бред, как известно, может формироваться на основе реальных событий, и поэтому в беседе

больные могут сообщать правдоподобные факты. Бред в этих случаях не носит нелепого характера, и иногда при первой беседе возникают затруднения в отграничении реальных событий и бредовой их трактовки. Для уточнения диагноза большое значение имеет подход больного к решению этого вопроса, каким образом он пришел к такому выводу

Приведем примеры.

1. Больная Т. присутствовала на концерте известного певца и ушла домой убежденная, что он объяснился ей в любви, так как пел песню о девушке, имя которой такое же, как у нее. Стала добиваться с ним встречи, ходила на его концерты и каждый раз убеждалась, что он действительно се любит.

2. В другом случае больной «по глазам», «по знакам и намекам» догадался, что ему симпатизирует сотрудница. Общался с ней только мысленно, никогда не разговаривал, но чувствовал, что она понимает его на расстоянии и согласна быть его женой. Был крайне удивлен и огорчен, когда узнал, что она вышла замуж. Появились подавленность, нарушился сон, пропал аппетит, не мог сосредоточиться на работе, постоянно думал о любимой, испытывал навязчивое желание вспоминать все с ней связанное. Ни ей и никому из сотрудников не говорил о своих переживаниях. Из-за снижения работоспособности и подавленного настроения вынужден был обратиться в диспансер, где произвел впечатление больного с реактивной депрессией, и только при подробном изучении состояния больного можно было сделать вывод, что он страдает шизофренией с наличием любовного бреда.

Такие особенности формирования психопатологических симптомов могут наблюдаться и при других вариантах паранойяльного бреда. Прежде всего это относится к ипохондрическому бреду. Больные обращаются к врачам и утверждают, что они страдают каким-то определенным заболеванием, сообщают соответствующие симптомы, тревожатся, добиваются лечения.

Приведем пример.

Больной настойчиво обращался в кожно-венерологический диспансер, уверяя врача в том, что он заразился сифилисом. При неоднократном обследовании диагноз не подтверждался, но он так убеждал вр'ачей и так добивался лечения, что ему провели несколько курсов специфической терапии. В последующем, при ухудшении состояния, его снова лечили бийхинолом и другими противосифилитическими препаратами. Несмотря на это его состояние не улучшалось, через некоторое время стали выступать характерные для шизофрении расстройства мышления с синдромом Кандинского — Клерамбо и неправильное поведение. В психиатрическом стационаре выяснилось, что «заражение сифилисом ему подстроил один его знакомый», который «мстил за выступление против него на собрании». «С целью мести» он «заразил сифилисом лошадь», чтобы «особой формой» сифилиса заболел больной. По его мнению, это бьую сделано для того, чтобы врачи не распознали болезнь.

Наибольшую социальную опасность представляют больные с бредом ревности. Так же как и любой паранойяльный бред, вначале бред ревности как бы основывается на реальных фактах. Опасность этих больных в том, что они могут покушаться не только на жизнь своей супруги

(супруга), мнимого соперника, любовницы, но и на свою собственную. Учитывая опасность больных для окружающих, иногда приходится прибегать к насильственной госпитализации. Врач поликлиники, к которому в первую очередь могут обращаться супруги, должен уметь объяснить жене и родственникам больного, насколько опасно заболевание и почему необходимо направить его в психиатрическую больницу.

В начале формирования болезни у больного может сохраняться внешне упорядоченное поведение. При развитии же бреда, галлюцинаций и психических автоматизмов болезнь становится явной для окружающих. Иногда больные включают в свои бредовые переживания врачей, обслуживающий персонал, студентов. Они оскорбляют и обвиняют их в неблаговидных поступках, требуют изменить отношение к нему, «перестать на них воздействовать», «не играть на их нервах». В таких случаях необходимо не только разбираться в особенностях болезни, но и сохранять спокойствие, профессиональный такт, не давать реакций обиды и раздражения.

При острых психотических состояниях явления могут носить несколько иной характер. Нередко больные малоподвижны, заторможены, несколько растерянны, с трудом осмысливают происходящие события. Они не умеют сформулировать свои жалобы, говорят о непонятности внешней обстановки, о подстроенности ее, не могут разобраться, где они находятся, часто заявляют, что это и больница и тюрьма, врача принимают в двух лицах — «он и врач, и одновременно следователь». В окружающих больные узнают своих родных, причем они не различают их пол и возраст: пожилую женщину больная может назвать сыном и т. д. Эти состояния иногда сопровождаются фантастическим бредом, который причудливо переплетается с реальными событиями. Сам больной, как правило, не высказывает активно этот бред, поэтому надо умело расспросить его. Во время беседы от врача требуется значительное терпение, так как больной говорит медленно, с длительными паузами вследствие заторможенности и растерянности.

Для некоторых вариантов параноидной шизофрении характерны галлюцинаторные проявления. Наибольшую опасность представляют вербальные галлюцинации в форме приказаний (императивные галлюцинации). Под влиянием «голосов» больной может совершать немотивированные, нелепые поступки, часто опасные для него и окружающих. Так, один больной «под влиянием голоса» пришел в чужую квартиру, чтобы найти там фею или колдунью. Во время таких поисков он внезапно набросился на хозяйку, так как «голос» ему сказал, что «она и есть колдунья,

только приняла иной облик». Другой больной под влиянием «голоса» прошел по перилам моста через Москву-реку. «Голоса» могут приказывать больному совершить самоубийство, отказываться от еды, не спать, не разговаривать с врачом и т. д. Не всегда больные сообщают об имеющихся у них «голосах», поэтому большое значение имеют так называемые объективные признаки галлюцинаций. Больной к чему-то прислушивается, внимательно смотрит в каком-то направлении, что-то шепчет, затыкает уши ватой, принюхивается, обнюхивает пищу, затыкает нос. Одна больная, которую преследовали запахи «покойников», долго ездила по разным районам города, чтобы убедиться, что запахи не настоящие.

Обонятельные галлюцинации наблюдаются при своеобразной разновидности синдрома дисморфофобии (дисморфомании), когда больные утверждают, то они «из-за неправильного строения анального сфинктера» «не удерживают кишечные газы», а все окружающие «замечают это» и так или иначе «проявляют свое неудовольствие». Эти больные настойчиво обращаются к хирургам с просьбой произвести пластическую операцию, «укрепить сфинктер». Необходимо помнить, что и родственники настолько бывают индуцированы, что подтверждают жалобы и отношение «окружающих» к их «недостаткам». Характерно, что больные обычно применяют и собственные меры «борьбы с запахом»: носят специальное белье, пользуются крепкими духами, чтобы «отбить запах». Эта разновидность синдрома дисморфофобии (дисморфомания) представляет собой ипохондрический бред, который наиболее часто встречается при шизофрении (М. В. Коркина).

Хирург при осмотре такого больного должен проявить максимальную осторожность, так как иногда больной может индуцировать не только родственников, но и врачей. В дальнейшем, ссылаясь на врача, больной в разных инстанциях будет добиваться проведения операции, которая обычно не улучшает состояние. Хирург, оперировавший больного и не принесший облегчения, может быть включен в его бредовую систему.

Больные с другими вариантами синдрома дисморфофобии (дисморфомании) обращаются к врачам-косметологам, специалистам по кожным заболеваниям, добиваются проведения пластических операций, которые не приносят им облегчения. При развитии болезни врачи оказываются среди их «врагов», которые «умышленно во время операции нарушили жизненно важные функции, отняли половую силу» и др. Такие больные могут жаловаться на врачей, требовать привлечения их к ответственности, проявлять в отношении их агрессивные действия.

Депрессивные состояния при шизофрении требуют особого внимания врача. Шизофренические депрессии обычно отличаются отсутствием единства в симптоматике. Так, при отсутствии выраженной тоскливости и заторможенности могут наблюдаться упорные суицидальные переживания. Характерны и значительные колебания эмоциональных расстройств — от близкого к норме фона настроения (иногда с оттенком эйфории) до отчаяния с суицидальными тенденциями и попытками. Надо помнить, что суицидальные попытки у этих больных часто совершаются импульсивно. Быстрая смена настроения, контрастность эмоциональных реакций, мало связанные с внешними событиями, приводят к суициду. Обычно такие больные не выполняют обещаний, которые дают врачу и близким не покушаться на свою жизнь: пообещав ничего не предпринимать и успокоив родных, тут же могут совершить самоубийство.

Среди депрессивных больных шизофренией имеются лица, у которых депрессия стерта и рудиментарна, но сохраняется отчетливая реакция на свою неполноценность, на болезнь и связанные с нею изменения личности. Здесь большое значение имеют психотерапевтические беседы с больными, выбор для них посильной работы, назначение щадящего режима.

Успешное проведение этих мероприятий создает условия, необходимые для дальнейшей психотерапевтической работы.

Большие диагностические затруднения вызывают психопатоподобные состояния при шизофрении, особенно в подростковом и юношеском возрасте. Асоциальное поведение с расторможенностью влечений долгое время не расценивается как проявление болезни. В оценке состояния этих лиц уделяют незаслуженно много внимания внешним факторам, возрастным кризам, неправильному воспитанию и др.

Такие проявления, как беспорядочное пьянство, сексуальные эксцессы, воровство, бродяжничество, отсутствие эмоциональных привязанностей, расстройства мышления, неадекватность поступков, помогают в установлении диагноза.

ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО ЭПИЛЕПСИЕЙ

Взаимоотношения врача с больными эпилепсией обычно затруднены вследствие имеющихся у них изменений личности. Эти изменения известны с глубокой древности. Имеется большое количество различных описаний характера эпилептика: льстивость, угодливость, с одной стороны, злобность и злопамятность — с другой. Контакт врача

с больными, как правило, бывает затруднен из-за расстройства мышления, которое проявляется в форме вязкости, обстоятельности, невозможности отделить главное от второстепенного, эмоциональной насыщенности переживаний, эксплозивных реакций.

Реакции больного эпилепсией характеризуются именно взрывчатостью, а не просто раздражительностью, с одной стороны, и наклонностью к длительному застреванию на мелких обидах — с другой. Эти особенности психики способствуют возникновению сутяжных тенденций.

Надо учитывать, что больные эпилепсией страдают расстройствами памяти. Поэтому назначение лекарств необходимо им записывать и максимально упростить сроки приема. Лучше назначать лекарства в два приема — утром и вечером. С самого начала больной должен быть предупрежден, что он нуждается в постоянном приеме лекарств, и только врач может менять дозы и состав назначенных препаратов. Больному объясняют, что отмена препарата без разрешения врача может привести к ухудшению состояния, учащению припадков и даже к эпилептическому статусу.

При проведении психотерапевтических бесед следует помнить что формулировки должны быть четки и конкретны, понятны больному. Больной эпилепсией, способный часами говорить о своем состоянии, застревать на деталях, сам слушать длительное время не может, так как у него нарушена способность к концентрации внимания.

Много такта надо проявить в отношении больного при необходимости перейти на инвалидность с последующим овладением иной профессией.

В этих рекомендациях необходимо исходить из особенностей его психики, которая с годами становится все более и более торпидной. Больные медленно схватывают и запоминают новое, поэтому освоение новой профессии затруднено. Торпидность психики проявляется и в том, что они плохо переключаются с одного вида деятельности на другой. Им можно рекомендовать работу, которая не требует быстрого переключения внимания, но нуждается в тщательности и точности отделки.

Надо помнить, что больным эпилепсией свойственна обидчивость и злопамятность, причем в силу особенностей мышления они не могут дифференцировать серьезную обиду от мелочи и могут давать на них однозначные реакции. О таких больных говорят, что они могут унижаться из-за пустяка и из-за пустяка убить человека.

Больные эпилепсией аккуратны, часто до педантизма. В беседе с ними надо учитывать эту особенность не только врачу, но всему медицинскому персоналу, особенно при выполнении назначений, процедур, обещаний.

Иногда после судорожного припадка или серии припадков наблюдаются состояния неясного сознания различной выраженности и продолжительности, что является поводом для немедленной госпитализации. Если в состоянии оглушенности больные обычно не представляют опасности для окружающих, то при сумеречном состоянии сознания они могут неправильно себя вести, совершать агрессивные действия, уезжать или убегать, совершать поджоги и убийства. В сумеречном состоянии они, как правило, не ориентируются в окружающем, отвечают не в плане вопроса, но действия их могут носить как бы целенаправленный характер.

В состоянии оглушенности после припадка больной эпилепсией может сделаться жертвой несчастного случая, так как порог восприимчивости к внешним раздражителям повышен, он может не услышать сигнала транспорта, не оценить должным образом происходящие события на улице. Родственники больного должны знать, что больной после припадка может выходить из дома только с сопровождающими или должен оставаться дома.

ПСИХОЛОГИЯ ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ

Во всем мире наблюдается увеличение продолжительности жизни людей, и в связи с этим проблема старости приобретает большое значение во всех медицинских специальностях и особенно в психиатрии.

При нормальной, физиологической старости наблюдается изменение деятельности органов чувств, меняется подвижность эмоциональных реакций и моторики. Такие люди становятся менее активными, суживается круг их интересов, появляются односторонние привязанности или эмоциональная холодность к окружающим.

У некоторых при старении обостряются характерологические черты. Так, экономные люди могут сделаться скрягами, тревожные и неуверенные в себе — подозрительными и ипохондричными.

В старости изменено самочувствие^и самооищцедше^ появляется недовольство^ собой' неуверенность в себе, ощущение своей неполноценности. Настроение часто пощаженное, иногда возникают тревоги по различным малозначащим поводам. Некоторые становятся угрюмыми, раздражительными, пессимистически настроенными, Часто появляются брюзжание, ворчливость. Старики могут быть эгоистичными и эгоцентричными, круг интересов у них суживается, появляется повышенный интерес к прошлому и переоценка его. Неуверенность в себе и своих возможностях, тревога за будущее делает стариков скупыми, сверхосторожными, консервативными. Указанные измене-

ния личности могут наблюдаться у различных лиц в разной степени, но возможны случаи, когда изменений, связанных с возрастом, выявить не удается.

Изменения психической деятельности в возрасте обратного развития могут быть объединены в несколько наиболее типичных синдромов: аффективные синдромы (депрессивные, маниакальные, синдромы страхов), бредовые, состояния слабоумия, неврозоподобные и состояния измененного сознания.

У многих больных позднего возраста развитию психических нарушений предшествуют такие расстройства, как бессонница, повышенная утомляемость, тревожность, раздражительность, нерешительность, мнительность и подозрительность. Временами возникают угрюмость, слабодушие, эмоциональная лабильность.

Эти особенности психики четко выступают при посещении пожилыми людьми поликлиник, во время пребывания в стационарах, затрудняют контакты их с окружающими и медицинским персоналом.

В некоторых случаях могут появиться выраженные аффективные расстройства, которые чаще всего исчерпываются тревожной депрессией, но не исключена при этом двигательная заторможенность, которая может чередоваться С состоянием ажитации. Отсутствие двигательной заторможенности у многих больных пожилого возраста и аффективная насыщенность переживаний, особенности собственной неполноценности, беспомощности создают большую опасность суицидов в этом возрасте.

Аффективные расстройства в пожилом возрасте подвержены большим колебаниям^ наблюдается так называемое «мерцание симптомов», поэтому врач психоневрологического диспансера не должен в оценке состояния больного исходить из одного амбулаторного осмотра, а пользоваться всеми сведениями из поликлиники, от родственников, знакомых, соседей но квартире и т. д.

Глава XIV

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ

ОБЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ

Экспертиза (французское слово expertise произошло от латинского слова experteus — опытный) подразумевает исследование и разрешение вопросов лицами, которые владеют знаниями в данной области.

При врачебной экспертизе происходит освидетельствование лиц и изучение объектов врачами, имеющими специальную медицинскую подготовку. Перед врачебной экспертизой может возникнуть вопрос о пригодности испытуемого к службе в армии, о его трудоспособности или об ответственности за совершенное правонарушение и способности предстать перед судом и нести наказание. При проведении любой экспертизы требуются достаточные специальные знания, клинический опыт работы именно в той области медицины, в какой проводится экспертиза. Самим словом «экспертиза» уже подчеркивается необходимость участия в ней опытного специалиста.

Врач может отказаться от участия в экспертизе и даже обязан отказаться от дачи заключения, если он не располагает достаточными данными для оценки всей ситуации: медицинскими документами, служебными характеристиками, материалами обстоятельства дела, необходимыми для квалификации психического состояния испытуемого [1].

Врач обязан отказаться от проведения экспертизы, если он считает себя недостаточно подготовленным в той области медицины, в которой от него требуется заключение. Так, врач без специальной психиатрической подготовки, естественно, не имеет права принимать участие в судебно-психиатрической экспертизе и давать соответствующее заключение.

Несмотря на различие задач, стоящих перед экспертами, от каждого из них требуется объективное заключение о состоянии здоровья человека как на период его обследования, так и на прошлое время. На основании данных объективного обследования ВТЭК выносит постановление о трудоспособности больного, военно-врачебная комиссия — о пригодности к военной службе, судебно-психиатрическая — о вменяемости или невменяемости испытуемого. Критерии определения трудоспособности, вменяемости и пригодности к военной службе в большинстве случаев не совпадают

При любой экспертизе могут возникнуть психологически сложные ситуации как для врача, так и для испытуемого. Каждый эксперт не лишен человеческих чувств: сочувствия, жалости, сострадания и др. Эти эмоциональные реакции могут оказывать влияние на экспертное решение, влиять на оценку ситуации и признаков болезни. Однако это не значит, что врач должен вынести ложное заключение о состоянии здоровья больного. Свое заклю-

[1] Испытуемым называют человека, который подвергается обследованию для проведения врачебно-трудовой, судебно-психиатрической, военно-врачебной и других видов экспертизы.

чение он обязан оформить в деликатных тонах и выражениях, чтобы не причинить человеку тяжелых переживаний, избежать «жестокости».

Испытуемый манерой своего поведения, высказываниями, личными качествами может вызвать чувство хорошего или плохого расположения к себе. В зависимости от характера экспертизы он может излагать события определенным образом, утяжелять или ослаблять симптомы болезни. Если он скрывает свое болезненное состояние, то говорят о диссимуляции[1]. Она может наблюдаться при различных формах экспертизы (врачебно-трудовой, судебно-психиатрической, судебно-медицинской, военно-врачебной и т. д.). Так, молодой человек с тяжелым соматическим заболеванием, несмотря на реальную оценку своего состояния, всеми силами стремится избежать инвалидности, смягчает проявления болезни или умышленно их скрывает. Здесь необходимо проводить большую разъяснительную работу не только экспертам, но и лечащим врачам, знакомить с перспективами лечения и возможными исходами заболевания.

Появление диссимуляции у психических больных, хотя и свидетельствует о частичном критическом отношении больного к своему состоянию может иметь опасные последствия нераспознавания ее. Например, больной с бредом ревности настаивает на выписке домой, чтобы расправиться со своей жертвой. Депрессивный больной, скрывая суицидальные мысли, после преждевременной выписки совершает самоубийство.

При некоторых органических заболеваниях отчетливо выступают истерические формы поведения и реагирования на трудные ситуации. Эти симптомы как бы затушевывают психоорганические расстройства. Больные могут производить впечатление психопатических личностей, «ушедших в болезнь» и стремящихся получить инвалидность. Особенно ярко это выступает при производственном травматизме, когда создается впечатление рентных установок. В этих случаях необходим подробный анализ состояния больных с привлечением параклинических методов обследования.

В экспертной практике возникает отрицательное отношение врача к испытуемым с демонстративными истерическими реакциями или с установочным поведением. Нужно помнить, что собственное настроение не должно влиять на оценку состояния больного. Кроме того, следует знать, что истерические реакции могут возникнуть на начальных

[1] Диссимуляция — утаивание, сокрытие (от лат. simulatio — притворство, приставка dis придает слову отрицательное или противоположное значение).

этапах органического заболевания и **маскировать, НЯЛри** мер, проявления опухоли головного мозга.

Аггравация (от латинского слова aggravo -делаю **її** желее, ухудшаю) — сознательное утяжеление имєющих< и признаков болезни. Она отличается от истерической (**ИМ** птоматики. Здесь, несмотря на ее условную **припини** И. и желательность, не всегда наблюдается умышленное, **0 0 1** нательное утяжеление симптомов, а возникновение **исгоги** тивных сенсомоторных расстройств имеет свои **харнК1'<** р ные механизмы.

В некоторых случаях отмечается и то, **и друі'0** состояние, что, несомненно, вызывает диагностические и Экспертные Затруднения. В решении СПОРНЫХ **В0ПР0(** 'П помогают доброжелательное сочувственное отношение испытуемому, умение понять его состояние и **ситуацию,** разъяснить ему цели и задачи экспертизы.

Симуляция (от латинского слова simulaüo притворство) в медицине — притворная, не существуют.**14** болезнь.

Эксперт должен знать, что воспроизведение noj.....п картины заболевания, как правило, невозможно. **Moї\і** ВОСПРОИЗВОДИТЬСЯ ТОЛЬКО Отдельные СИМПТОМЫ боле **Hill.** такие, как сердцебиение, припадки, кровотечения **и і. д**

Истинная симуляция психических заболеваний **(здоро** выми людьми) встречается сравнительно редко; **чаще** наблюдается частичная симуляция, которая возникает **на** патологической основе. При этом больной либо утяжели* **і** имеющиеся расстройства (аггравация), либо стремигея к умышленному продлению имевшихся ранее **симптомом** (метасимуляция) .

При проведении военно-врачебной и **судебио** психиатрической экспертизы необходимо учитывать **ПСИ** хологию родственников испытуемых, их аффективную настроенность к сложившейся ситуации.

Часто через родителей или родственников можно влиять и на установки испытуемого, его дальнейшее поведение и трудоустройство. Так, молодой человек, узнав, что по медицинским показаниям он негоден к поступлению в военное училище, заключение экспертов воспринимал как -крушение всех планов и надежд. Положительную роль в улучшении состояния сыграли беседы врача, были намечены новые жизненные цели **с** учетом здоровья, его возможностей и склонностей.

[1] Метасимуляция (Meta — греч. после, вслед) — продление заболевания, сознательное целевое изображение СИМПТОМОВ уже закончившегося психического заболевания.

ОГЛАВЛЕНИЕ